



Copertura sanitaria d'emergenza per viaggi di lavoro

Valida dal 1° aprile 2023

Benvenuto

Può contare su Allianz Care come sua compagnia di assicurazione sanitaria internazionale per avere accesso alle migliori prestazioni sanitarie disponibili in caso di emergenza mentre si trova all'estero per lavoro - ovunque si trovi nel mondo.

Questa guida è composta da due parti: "Come utilizzare la copertura" raccoglie tutte le informazioni importanti da utilizzare regolarmente per accedere alla copertura; "Termini e condizioni della copertura" spiega i termini della sua copertura in maggiore dettaglio. La preghiamo di leggere questa guida insieme al Certificato di assicurazione e all'Elenco delle prestazioni per utilizzare al meglio la sua Copertura sanitaria d'emergenza per viaggi di lavoro.

Per maggiori informazioni sulla sua copertura, contattai l'Amministratore di polizza della sua azienda.

Come utilizzare la sua copertura

Servizi di assistenza	5
Come funziona la copertura	8
Ha bisogno di cure mediche?	11
Ulteriori informazioni in merito al rimborso delle spese mediche	14

Termini e condizioni della copertura

Termini e condizioni	18
Amministrazione della sua polizza	19
Pagamento del premio	22
Altre condizioni che si applicano alla sua copertura	24
Informativa sulla protezione dei dati personali	26
Procedura per i reclami	27
Definizioni	28
Esclusioni	34

Il presente documento è una traduzione in italiano del documento in lingua inglese. Il testo in inglese è l'unico originale e con valore legale. Se eventuali discrepanze dovessero emergere tra la versione in italiano e la versione in inglese, quest'ultima sarà l'unica a dover essere considerata legalmente vincolante.

AWP Health & Life SA è soggetta alla regolazione dell'autorità francese di vigilanza prudenziale (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) ubicata all'indirizzo: 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Parigi Cedex 09, Francia.

AWP Health & Life SA è una società a responsabilità limitata soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances") e opera sul mercato attraverso la sua succursale irlandese. 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. Allianz Care ed Allianz Partners sono ragioni sociali registrate di AWP Health & Life SA.

Come utilizzare la sua copertura



Servizi di assistenza

Crediamo nell'importanza di fornirle un servizio di livello superiore.

Servizio di assistenza per emergenze

Se necessita di cure di emergenza presso un ospedale o una clinica, deve contattare l'Helpline al più presto possibile. Questo ci darà la possibilità di contattare l'ospedale e (ove possibile) di pagare direttamente le spese del trattamento, consentendoci di evadere senza ritardi le sue richieste di rimborso.

Il nostro Servizio di assistenza per le emergenze è disponibile 24 ore su 24, 365 giorni all'anno.

@ E-mail: client.services@allianzworldwidecare.com

☎ Helpline: +353 1 630 1305

☎ Fax: +353 1 630 1306

La lista aggiornata dei nostri numeri verdi è disponibile sul nostro sito web alla pagina: www.allianzcare.com/it/pages/toll-free-numbers.html/

Se non riesce a chiamare questi numeri dal telefono cellulare, contatti l'Helpline al numero indicato sopra.

Sapeva che...

... la maggior parte dei nostri assicurati ottiene una risposta più rapida alle proprie domande quando ci contatta per telefono?

Servizi per gli assicurati sul nostro sito web

Su www.allianzcare.com/it/risorse/risorse-per-gli-assicurati.html può:

- Fare una ricerca di medici e ospedali (non è obbligato però a ricorrere ai medici e ospedali del nostro network se ne preferisce altri);
- Scaricare modulistica;
- Utilizzare lo strumento per calcolare l'Indice di Massa Corporea (IMC);
- Scaricare le nostre Guide sulla salute.

Servizi per la sicurezza durante i viaggi**

La situazione in molti Paesi del mondo presenta serie minacce per la sicurezza di chi viaggia. Per questo le offriamo i Servizi per la sicurezza durante i viaggi, disponibili 24 su 24, 7 giorni su 7. I Servizi le danno accesso a informazioni per la sicurezza personale per telefono, email o sito web. Se il suo programma include questi Servizi, li vedrà elencati nell'Elenco delle prestazioni.

I Servizi includono:



Linea telefonica per le emergenze

Per parlare con uno specialista in materia di sicurezza internazionale se ha delle preoccupazioni sulla sua destinazione di viaggio.



Informazioni sulla sicurezza per Paese

Informazioni e consulenza sulla sicurezza nei vari Paesi del mondo.



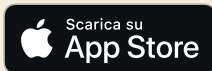
Aggiornamenti quotidiani ed e-mail di allerta

Si registri per ricevere messaggi di allerta in caso di eventi ad alto rischio (ad esempio, atti di terrorismo, disordini civili, gravi effetti del maltempo, ecc.) nel luogo in cui si trova o nelle vicinanze.

- Per accedere ai Servizi per la sicurezza durante i viaggi, vada sul sito:
<https://crisis24horizon.com/allianztravsec>, inserisca il suo indirizzo e-mail e clicchi su 'Create Account' [Creare account]. Inserisca i dati richiesti e il seguente codice cliente: **ALLIANZTSS**
- Per accedere all'app, scarichi l'applicazione Crisis24 Horizon da App Store o Google Play e **faccia login** usando lo stesso nome utente e password già scelta al punto precedente per entrare nel sito web. Oppure, può registrarsi direttamente sull'app usando lo stesso codice cliente di cui sopra.

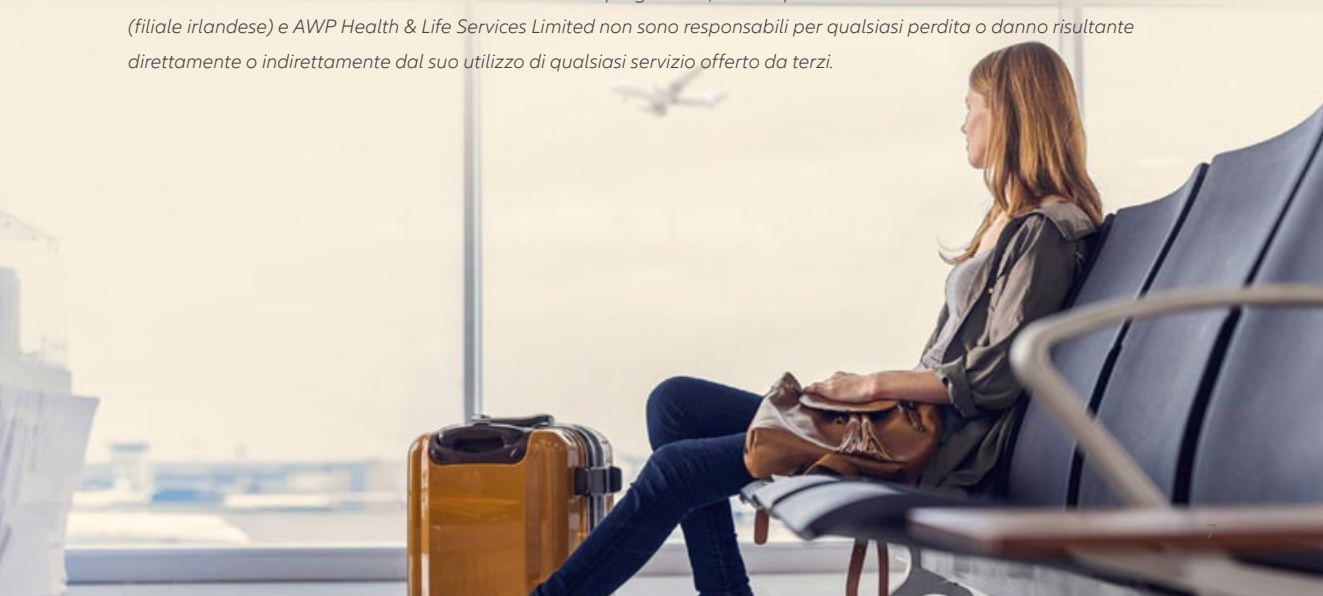
🌐 <https://crisis24horizon.com/allianztravsec>

↓ Scarichi l'applicazione 'Crisis24 Horizon' dall'App Store o da Google Play.



Tutti i Servizi per la sicurezza durante i viaggi sono in inglese. Se necessario, possiamo fissare un appuntamento per offrirle i nostri servizi con la presenza di un interprete.

*** Certi servizi, che potrebbero essere inclusi nel suo programma, sono offerti tramite terzi, ovvero tramite fornitori esterni all'Allianz Group. Questi servizi sono, ad esempio, il Programma di assistenza per i dipendenti, i Servizi per la sicurezza durante i viaggi, l'applicazione HealthSteps, il servizio di secondo parere medico o i servizi di visita medica per video-conferenza. Se inclusi nel suo programma assicurativo, tali servizi appaiono elencati nel suo Elenco delle prestazioni e le vengono offerti dietro accettazione da parte sua dei termini e delle condizioni che regolano tanto la polizza quanto il servizio offerto da terzi. I servizi inclusi nella sua polizza potrebbero essere soggetti a restrizioni geografiche. Le informazioni fornite dall'applicazione HealthSteps e dalle risorse per il benessere contenute in Olive sono a scopo esclusivamente informativo: non devono essere intese quale sostituzione del parere professionale del suo medico, specialista o psicologo, e non sostituiscono la diagnosi, il trattamento prescritto, la valutazione o le cure erogate dal suo medico curante. Quando utilizza i servizi inclusi nel suo programma, Lei comprende e accetta che AWP Health & Life SA (filiale irlandese) e AWP Health & Life Services Limited non sono responsabili per qualsiasi perdita o danno risultante direttamente o indirettamente dal suo utilizzo di qualsiasi servizio offerto da terzi.*



Come funziona la copertura

Per cosa sono coperto?

Lo scopo di questo programma è di fornirle copertura mentre si trova all'estero per lavoro in caso di una **grave emergenza medica**. L'assicurazione copre le cure necessarie in caso di grave emergenza medica, di infortunio/incidente o di ogni altro evento specificato nella sezione Termini e condizioni della presente guida.

L'evento coperto inizia nel momento in cui si manifesta l'emergenza medica e finisce quando le condizioni cliniche dell'assicurato non sono più critiche o quando l'assicurato è in condizioni tali da poter essere trasportato al Paese di residenza o al Paese di base del proprio lavoro.

Eventuali trattamenti di cui l'assicurato possa avere bisogno **dopo il termine dell'emergenza**, inclusa la riabilitazione, non sono assicurati da questa polizza.

Cos'è un'emergenza medica?

Con il termine **emergenza medica** indichiamo un incidente, calamità, o un'improvvisa e severa manifestazione o peggioramento di una malattia che evolvano in una condizione medica che rappresenta un rischio immediato per la sua salute e che richieda cure mediche urgenti. Copriremo solo le cure o procedure mediche somministrate da un medico generico o da uno specialista abilitato all'esercizio della propria professione oppure i ricoveri ospedalieri che **hanno luogo entro 24 ore dall'evento che causa l'emergenza**.

Dove posso ricevere le mie cure mediche?

L'area geografica di copertura di questa polizza è "Mondo intero", il che le garantisce copertura in qualsiasi parte del mondo si debba recare per lavoro.

Quanto dura la mia copertura?

A seconda del prodotto scelto dalla sua azienda, la durata massima della copertura può essere una delle seguenti:

- 90 giorni di viaggio di lavoro all'estero per Anno Assicurativo
- 180 giorni di viaggio di lavoro all'estero per Anno Assicurativo
- Oppure la copertura è fornita per un numero massimo di giorni di viaggio (da qui in avanti chiamato "Periodo di validità della copertura") per Anno assicurativo. Il Periodo di validità della copertura è stabilito per ogni singolo assicurato dall'azienda ed è indicato nel Contratto Aziendale firmato dalla sua azienda con Allianz Care. Per conoscere il numero massimo di giorni in viaggio di lavoro incluso nella sua copertura, si rivolga all'Amministratore della polizza aziendale. La copertura inizierà il primo giorno di viaggio del suo primo viaggio di lavoro dell'Anno assicurativo.

Le patologie preesistenti e croniche sono coperte?

Sono coperti l'improvviso peggioramento e l'aggravarsi di una patologia preesistente o cronica e gli eventuali ricoveri di emergenza necessari mentre si trova all'estero per lavoro, fino ai massimali indicati nell'Elenco delle prestazioni.

L'assicurazione sanitaria temporanea non copre le patologie preesistenti e croniche, nonché il loro peggioramento o eventuali attacchi acuti quando:

- il trattamento medico all'estero è la sola ragione alla base del viaggio;
- la probabilità di avere bisogno del trattamento durante il viaggio è alta.

Per maggiori informazioni in merito alla copertura e alle limitazioni delle patologie preesistenti e croniche, faccia riferimento alle "Definizioni" di questa guida.

Cosa sono i massimali?

La sua copertura può essere soggetta ad un massimale del programma, che è il massimo che pagheremo per tutte le prestazioni in totale incluse nel suo programma, per assicurato e per Anno assicurativo.

Se il suo programma ha un massimale come sopra, questo si applicherà anche quando:

- il termine "rimborso completo" (o "100%") appare accanto alla prestazione del caso nel suo Elenco delle prestazioni;
- la prestazione del caso è soggetta a un massimale di prestazione – cioè è coperta fino ad una cifra massima (ad esempio, fino a 10.000 €).

Anche se molte delle prestazioni incluse nell'Elenco delle prestazioni hanno copertura totale, alcune sono coperte solo fino ad un importo massimo specifico. Questo importo specifico è un massimale di prestazione.



Ha bisogno di cure mediche?

Sappiamo che stare male è già stressante di per sé. Ma se segue il procedimento che le indichiamo di seguito, ci permetterà di occuparci dei dettagli mentre Lei si concentra sul suo trattamento.

Verifichi se è coperto

Per prima cosa verifichi se è coperto per il trattamento medico di cui ha bisogno: per farlo, deve semplicemente vedere se la prestazione del caso appare nel suo Elenco delle prestazioni. Se non è sicuro o ha delle domande, chiami pure la nostra Helpline.

Per alcuni trattamenti c'è la pre-approvazione

Nel suo Elenco delle prestazioni vedrà che alcune prestazioni (in genere trattamenti in ricovero o trattamenti dal costo elevato) sono soggette a pre-approvazione tramite l'invio di una Richiesta di garanzia di pagamento. Il processo di pre-approvazione ci consente di valutare il suo caso, organizzare tutto con l'ospedale prima del suo arrivo e facilitare il pagamento diretto del suo conto ospedaliero, ove possibile.

Se non ha richiesto la nostra pre-approvazione prima di sottoporsi ad un trattamento in regime di ricovero d'emergenza, Lei, il suo medico oppure un collega dovreste informarci **entro 48 ore** dall'ammissione in ospedale.

Se non veniamo informati dell'avvenuto ricovero entro 48 ore, oppure se inoltra una richiesta di rimborso senza aver ottenuto la nostra pre-approvazione per le prestazioni indicate con un asterisco (*) nell'Elenco delle prestazioni, **ci riserviamo il diritto di rifiutare il pagamento del rimborso**. La prestazione di una richiesta presentata senza ottenere la pre-approvazione per un trattamento che successivamente si dimostra necessario dal punto di vista medico, sarà rimborsata solo al **50%**.

Come inviare il modulo di Richiesta di garanzia di pagamento:

- Scarichi un modulo di Richiesta di garanzia di pagamento dal nostro sito web: www.allianzcare.com/it/risorse/risorse-per-gli-assicurati.html
- Ci invii il modulo compilato a mezzo e-mail, fax, o posta (troverà ulteriori informazioni nel modulo stesso).

Ricevere trattamenti in regime di ricovero

In caso di ricovero ospedaliero, ove possibile e se informati per tempo, provvederemo al pagamento diretto delle spese mediche alla struttura sanitaria nel rispetto dei massimali di prestazione e delle eventuali franchigie: ciò significa che, ove possibile, pagheremo il trattamento sanitario direttamente all'ospedale o al medico.

Ricevere trattamenti fuori ricovero, cure odontoiatriche e di altro tipo

Se il trattamento di cui ha bisogno non richiede pre-approvazione, deve semplicemente pagare il conto al suo medico e poi chiederci un rimborso seguendo questo semplice procedimento:



Riceva il trattamento di cui ha bisogno e paghi le spese.



Richieda una fattura al suo medico/centro medico/ospedale. La fattura deve indicare il suo nome, le date del trattamento, la patologia o la diagnosi, la data di manifestazione dei sintomi, il tipo di trattamento e il costo fatturato.



Richieda il rimborso delle spese coperte completando ed inoltrando un modulo di Richiesta di rimborso disponibile alla pagina: www.allianzcare.com/it/risorse/risorse-per-gli-assicurati.html oppure può richiedere una copia del modulo di Richiesta di rimborso al suo Amministratore di polizza di gruppo.

Le sezioni 5 e 6 del modulo sono da compilare solo se le informazioni richieste in tali sezioni non sono contenute nella sua fattura.

Ci invii la richiesta di rimborso e tutta la documentazione di supporto, le fatture e le ricevute, direttamente tramite e-mail, fax oppure posta (i dettagli sono disponibili sul modulo). In questo caso, prima di poter evadere la richiesta di rimborso, contatteremo il suo Amministratore di polizza per confermare che Lei si trovasse in viaggio di lavoro nelle date del trattamento.

Per evitare ritardi nel pagamento delle richieste di rimborso, si assicuri di averci fornito i dati di pagamento corretti.

Può anche scegliere di inoltrare il suo modulo di Richiesta di rimborso compilato insieme alle fatture, ricevute e ricette del caso all'Amministratore di polizza della sua azienda, che provvederà ad inviarci la documentazione. Per proteggere la sua privacy, le raccomandiamo di consegnare i documenti in una busta sigillata.

Per ulteriori informazioni sul nostro processo di richiesta di rimborso, faccia riferimento al capitolo "Richieste di rimborso" nella sezione "Termini e Condizioni" di questa guida.

Da notare che ci dovrà informare di qualsiasi trattamento/ricovero ospedaliero entro 48 ore dall'evento.



Evadiamo le sue richieste velocemente

Se ci manda una richiesta di rimborso completa con tutti dati richiesti sin dal principio, evaderemo e pagheremo le spese coperte entro 48 ore. Tuttavia, possiamo essere così veloci solo se non dimentica di includere la diagnosi, altrimenti dovremo contattarla o contattare il suo medico per richiederla – e ciò potrebbe ritardare la lavorazione della sua richiesta.

Le invieremo una lettera o un'e-mail di conferma quando avremo evaso la sua richiesta.



Ulteriori informazioni in merito al rimborso delle spese mediche

Richieste di rimborso delle spese mediche

Cose da sapere prima di inviarci una richiesta di rimborso:

- a) **Scadenza per l'inoltro delle richieste di rimborso:** deve inviarci tutte le richieste di rimborso entro e non oltre sei mesi dalla data di termine dell'Anno assicurativo. Se la sua copertura viene cancellata durante il corso dell'Anno assicurativo, deve inviare le richieste di rimborso entro e non oltre sei mesi dalla data di termine della copertura. Dopo tale scadenza, non siamo più tenuti ad effettuare alcun rimborso.
- b) **Pre-approvazione:** per usufruire di determinate prestazioni è necessario presentare una Richiesta di garanzia di pagamento prima dell'inizio delle cure previste. Per verificare quali prestazioni richiedono la pre-approvazione, consulti l'Elenco delle prestazioni.
- c) **Costi ammissibili:** rimborseremo le richieste di rimborso solo se le prestazioni da ricevute sono il risultato di un'emergenza medica, sono necessarie da un punto di vista clinico, sono state offerte da medico, dentista o altro terapeuta ufficialmente riconosciuto, sono clinicamente accettate e sono la conseguenza di un evento assicurato.
- d) **Documentazione di supporto:** è sua responsabilità 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. Abbiamo il diritto di richiedere le copie originali in qualsiasi momento fino a 12 mesi dopo il pagamento del rimborso, come parte del procedimento di revisione contabile. Ci riserviamo inoltre il diritto di richiederle un giustificativo del pagamento (ad esempio, un estratto conto bancario o della carta di credito) a supporto delle ricevute mediche inoltrate. È sua responsabilità conservare copia di tutta la corrispondenza in generale intercorsa con noi: decliniamo ogni responsabilità per la corrispondenza che non riceviamo per ragioni estranee al nostro controllo.
- e) **Valuta:** specifichi la valuta in cui desidera ricevere il rimborso nella sua richiesta. In rare occasioni, a causa dei regolamenti bancari internazionali, potremmo non essere in grado di effettuare un pagamento nella valuta scelta; ma se ciò si verifica, le identificheremo una valuta alternativa appropriata. Se dobbiamo eseguire una conversione tra due valute, utilizzeremo il tasso di cambio in vigore alla data di emissione della fattura o quello in vigore al momento del pagamento del rimborso.
Ci riserviamo il diritto di scegliere quale tasso di cambio della valuta applicare.
- f) **Rimborso:** verranno rimborsate solo le spese corrispondenti a trattamenti coperti dalla polizza, nei limiti dei massimali previsti, dopo aver preso in considerazione gli eventuali requisiti per quanto riguarda la nostra pre-approvazione.

- g) **Caparre:** se il medico le chiede di pagare una caparra prima di fornirle il trattamento di cui ha bisogno, rimborseremo le spese solamente a trattamento concluso.
- h) **Fornire informazioni:** Lei accetta di assisterci nell'ottenere tutte le informazioni necessarie all'evasione delle richieste di rimborso. Ci riserviamo il diritto di accedere a tutta la documentazione clinica disponibile e a metterci direttamente in contatto con la struttura sanitaria o il medico curante. Ove necessario, ci riserviamo il diritto di richiedere, a nostre spese, una visita medica presso uno dei nostri consulenti medici e di richiedere un'eventuale autopsia (quando la legge lo consente). Tutte le informazioni fornite saranno trattate con la massima riservatezza. Se non ci fornisce le informazioni di cui abbiamo bisogno, ci riserviamo il diritto di sospendere la copertura.
- i) **Pagamenti:** pagheremo le richieste di rimborso direttamente all'assicurato. In certi casi (ad esempio, in caso di trattamenti in regime di ricovero), cercheremo di pagare i costi direttamente alla struttura ospedaliera. Rimborsiamo i costi per persona e nei limiti previsti dai massimali di polizza, dopo aver preso in considerazione la richiesta di pre-approvazione (quando necessaria).
- j) **Scadenza della polizza:** il diritto al rimborso termina alla scadenza della polizza assicurativa (per maggiori informazioni, faccia riferimento alla sezione "Scadenza della polizza").

Evacuazioni mediche e rimpatri

Al primo segno che un'evacuazione medica o un rimpatrio sanitario siano necessari, contatti immediatamente l'Helpline (disponibile 24 ore su 24) e ce ne prenderemo cura noi. Trattandosi di un'emergenza, è molto meglio telefonare – ma se vuole può anche inviare un'e-mail.

Se preferisce inviare un'e-mail, per favore includa "Urgente - Evacuazione/Rimpatrio" nella barra dell'oggetto. Deve contattarci prima di rivolgersi ad altri operatori di servizi di trasporto sanitario, anche se la contattano direttamente, 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, ci riserviamo il diritto di declinare il rimborso delle spese.

☎ +353 1 630 1305

@ medical.services@allianzworldwidecare.com



Termini e condizioni della copertura



Termini e condizioni

In questa sezione trova tutte le informazioni sui termini e condizioni che si applicano alla sua Copertura sanitaria di emergenza per viaggi di lavoro. Deve leggere questo documento unitamente all'Elenco delle prestazioni e al Certificato di assicurazione e (se le è stato fornito).

- Il **Certificato di Assicurazione** le conferma i programmi e l'area geografica di copertura che la sua azienda ha scelto per Lei, oltre alla data di inizio e di rinnovo della copertura. Le invieremo un nuovo Certificato di assicurazione tutte le volte che effettuiamo un cambio nella polizza. I cambi possono essere richiesti o dalla sua azienda, da Lei (previa approvazione da parte della sua azienda e nostra accettazione), o ogni volta che abbiamo il diritto ad effettuare dei cambi alla copertura.
- L'**Elenco delle prestazioni** è un documento che indica il programma selezionato per Lei dalla sua azienda e in cui si fornisce una lista completa di tutte le prestazioni coperte dalla sua polizza. Inoltre, nell'Elenco delle prestazioni si specifica quali prestazioni sono soggette a garanzia di pagamento e conferma ogni prestazione a cui si applicano dei massimali. Le somme indicate nell'Elenco delle prestazioni sono nella valuta concordata con la sua azienda (o con Lei, laddove il premio per la sua copertura non sia pagato dalla sua azienda ma da Lei stesso).

Per informazioni specifiche in merito al contratto assicurativo firmato dalla sua azienda, contatti l'Amministratore di polizza di gruppo della sua azienda. I termini e le condizioni della copertura possono essere soggetti a variazioni che di tanto in tanto potrebbero essere concordate tra noi e la sua azienda.

Amministrazione della sua polizza

Inizio della copertura

Il Contratto aziendale firmato dalla sua azienda con noi è un contratto assicurativo della durata di un anno (da qui in avanti chiamato "Anno assicurativo") in cui si indicano le date di inizio e fine dell'Anno assicurativo della polizza stipulata dall'azienda.

A seconda del prodotto scelto dall'azienda, la durata massima della copertura può essere una delle seguenti:

- La durata della copertura dipende dal Periodo di validità della copertura deciso dall'azienda e può essere di 90 o di 180 giorni. Consulto il suo Certificato di assicurazione per confermare quale opzione è stata scelta.
- Secondo i termini del Contratto aziendale, la copertura dura per un numero massimo di giorni di viaggio (da qui in avanti chiamato "Periodo di validità della copertura") che è stato deciso dall'azienda e che deve essere utilizzato prima della scadenza dell'Anno assicurativo. La sua copertura, quindi, comincia il primo giorno del viaggio di lavoro e continua fino al raggiungimento del numero massimo prestabilito di giorni di viaggio. Se non si usano tutti i giorni di viaggio a disposizione durante l'Anno assicurativo, la copertura termina comunque quando termina l'Anno assicurativo. Per conoscere il numero massimo di giorni di viaggio a disposizione, contatti l'Amministratore della polizza di gruppo della sua azienda.

Rinnovo della copertura

Al termine dell'Anno assicurativo, la sua azienda potrà decidere se rinnovare la polizza sulla base dei termini e delle condizioni di polizza vigenti in quel momento: Lei, in qualità di assicurato, sarà vincolato a tali termini e condizioni.

Se l'azienda rinnova il Contratto aziendale con noi, verrà stabilito un nuovo Periodo di validità della copertura per il nuovo Anno assicurativo. La copertura per il nuovo Anno assicurativo inizia il primo giorno in cui si parte per un viaggio di lavoro e continua fino a quando si raggiunge il numero massimo prestabilito di giorni di viaggio. Se non si usano tutti i giorni di viaggio a disposizione durante l'Anno assicurativo, la copertura termina comunque quando termina l'Anno assicurativo.

Corrispondenza

Se vuole scriverci, per favore lo faccia tramite e-mail o posta (con l'affrancatura pagata). Normalmente non restituiamo i documenti originali al mittente, ma se ce lo chiede lo faremo.

Termine della copertura

La sua azienda può cancellare la sua copertura o quella di eventuali familiari a carico (ove applicabile) informandoci per iscritto. La cancellazione della copertura non può essere retrodatata. La copertura verrà cancellata automaticamente:

- quando ritorna al suo Paese di residenza o al Paese in cui lavora al termine di un viaggio di lavoro o al termine di un'evacuazione medica/rimpatrio sanitario;
- quando raggiunge il limite di 90 o di 180 giorni di viaggio all'estero a disposizione per l'Anno assicurativo del caso (a seconda del Periodo di validità della copertura scelto dalla sua azienda);
- quando raggiunge il numero massimo di giorni in viaggio d'affari per l'Anno assicurativo in corso (per confermare quanti giorni di viaggio ha a disposizione, contatti l'Amministratore di polizza della sua azienda);
- se la sua azienda decide di cancellare la polizza o di non rinnovare la sua copertura assicurativa;
- se la sua azienda non paga il premio assicurativo o qualsiasi altro saldo dovuto secondo i termini del Contratto aziendale;
- se smette di lavorare per la sua azienda;
- se viene a mancare il titolare della polizza (cioè il dipendente assicurato che lavora per l'azienda). Se il decesso avviene durante un viaggio di lavoro, la copertura assicurativa termina quando il processo di rimpatrio della salma si conclude.

Possiamo cancellare la sua copertura e quella dei suoi familiari a carico (ove applicabile) se abbiamo un motivo ragionevole di sospettare che ci ha ingannati o tentato di ingannare. Con il termine "ingannare" intendiamo l'atto di fornire false informazioni o di nascondere informazioni importanti, o l'atto di cooperare con terzi per fornirci informazioni false, tanto intenzionalmente quanto per negligenza, su quanto può influenzarci nel decidere:

- se includere o meno una persona nella copertura;
- l'ammontare del premio assicurativo da attribuire all'azienda;
- se siamo tenuti o meno al pagamento di una richiesta di rimborso.

Scadenza della polizza

Il suo diritto al rimborso delle spese mediche termina alla scadenza della polizza assicurativa. Rimborseremo qualsiasi spesa medica coperta da Lei sostenuta durante il periodo di validità della polizza fino a sei mesi dopo la data di scadenza della copertura.

Nel caso si verifichi un'emergenza medica mentre si trova all'estero per lavoro, se ha bisogno di trattamenti d'emergenza prolungati che si estendono oltre la data di scadenza della polizza, le spese mediche continuano ad essere coperte. Questo rimane valido fino a quando è di nuovo in condizione di viaggiare (e comunque non oltre le quattro settimane successive alla data di scadenza della copertura).

Pagamento del premio

Se la sua azienda paga il suo premio assicurativo

Se la sua azienda si occupa del pagamento del suo premio assicurativo (e di quello di eventuali familiari a carico), allora si occuperà anche del pagamento di eventuali tasse assicurative o imposte relative alla sua copertura (ad esempio la tassa sul premio assicurativo IPT). In alcuni casi, però, le potrebbe essere richiesto di pagare Lei le tasse assicurative sul premio. Per maggiori informazioni, consulti la sua azienda.

Se il premio assicurativo lo paga Lei

Se il premio assicurativo lo paga Lei, noti che per tutta la durata del contratto assicurativo deve effettuare il pagamento della sua copertura in anticipo rispetto al periodo cui si riferisce. Il Certificato di assicurazione conferma l'ammontare del premio concordato dalla sua azienda ed il frazionamento del pagamento che ha scelto. Il **premio iniziale** o la prima rata devono essere versati immediatamente dopo l'accettazione della copertura da parte della compagnia assicurativa. Quando riceve la fattura, la preghiamo di accertarsi che il suo premio assicurativo corrisponda all'ammontare indicato nel preventivo concordato. Ci contatti immediatamente se dovesse riscontrare delle differenze. Non ci assumiamo alcuna responsabilità per i pagamenti effettuati tramite terzi. Il pagamento delle **rate successive** diventa esigibile il primo giorno del periodo di copertura a cui si riferisce.

Quando applicabile, potrebbe anche dover pagare le seguenti tasse in aggiunta al premio:

- tasse sul premio assicurativo (Insurance Premium Tax, IPT);
- IVA;
- altre tasse o imposte assicurative correlate alla sua copertura che potremmo dover pagare o riscuotere da Lei per legge.

Queste tasse potrebbero essere già in vigore quando la sua copertura inizia, ma potrebbero anche essere introdotte (o modificate) in seguito. Ogni addebito di questo tipo sarà visibile in fattura. La informeremo per iscritto se le tasse o imposte cambiano o se vengono introdotte delle nuove tasse. Se non accetta le variazioni, ha il diritto di cancellare la copertura. In questo caso, non applicheremo le variazioni se cancella la sua copertura entro 30 giorni dalla loro data di entrata in vigore (o, alternativamente, entro 30 giorni dalla data di comunicazione delle modifiche da parte nostra, se questa viene effettuata dopo l'entrata in vigore delle modifiche).

In alcuni Paesi, potrebbe essere necessario applicare una ritenuta d'acconto. In questo caso, è sua responsabilità calcolare e pagare tale importo alle autorità di competenza, oltre a pagare a noi l'ammontare totale del suo premio.

Ogni anno, in occasione del rinnovo, potremmo cambiare il metodo di calcolo del premio e delle tasse, l'ammontare del premio e il metodo di pagamento. Se ciò accade, le comunicheremo per iscritto le modifiche ed esse saranno valide solo a partire dalla data di rinnovo della sua polizza. Se lo desidera, può cambiare il metodo o la frequenza di pagamento al momento del rinnovo della polizza: deve inviarci la richiesta per iscritto almeno 30 giorni prima della data di rinnovo.

Se, per qualsiasi ragione, è impossibilitato a pagare il premio entro il termine prestabilito, la preghiamo di contattarci immediatamente, dal momento che un ritardo nel pagamento potrebbe causare la cancellazione della sua copertura.

Altre condizioni che si applicano alla sua copertura

Giurisdizione: il suo contratto assicurativo è soggetto alle leggi e ai tribunali del Paese indicato nel Contratto aziendale, eccetto nei casi in cui la legge imponga diversamente.

Sanzioni economiche: il suo contratto assicurativo non garantisce copertura se qualsiasi elemento della copertura, prestazione, servizio, attività o attività correlata viola qualsiasi legge o regolamento sanzionatorio applicabile delle Nazioni Unite, dell'Unione Europea e qualsiasi altra legge o sanzione economica o commerciale.

Diritto alla copertura: hanno diritto alla copertura i dipendenti dell'azienda (ed eventuali familiari a carico, se inclusi nella copertura) che rientrano nel profilo descritto in questa guida e nel Contratto Aziendale.

Responsabilità della compagnia assicurativa: la nostra responsabilità nei suoi confronti si limita alla copertura degli importi indicati nell'Elenco delle prestazioni e negli altri documenti di polizza. In nessun caso l'importo rimborsato complessivamente da Allianz Care, dal programma sanitario pubblico e/o da altre assicurazioni potrà superare l'importo totale della fattura.

Chi può apportare dei cambi alla sua polizza: nessuno, ad eccezione di un rappresentante designato o dell'Amministratore della polizza di gruppo, è autorizzato ad apportare modifiche alla sua polizza in suo nome. I cambi sono validi solo se concordati tra noi e la sua azienda.

Quando la copertura è fornita da terzi: potremmo rifiutare il rimborso delle spese se Lei o uno dei suoi familiari a carico ha diritto a ricevere il rimborso delle stesse spese da:

- la previdenza sociale
- altre polizze assicurative
- altri terzi

Se ciò è il suo caso, deve comunicarcelo e fornirci tutte le informazioni necessarie. Lei e il terzo non potete prendere accordi sul rimborso o ignorare il nostro diritto di recuperare le spese rimborsate, senza avere ottenuto il nostro benestare per iscritto. Altrimenti avremo il diritto di esigere da Lei il risarcimento dei rimborsi che abbiamo pagato e di annullare la polizza.

Abbiamo il diritto di richiedere il rimborso da qualsiasi terzo dell'ammontare da noi rimborsato, se i costi che abbiamo rimborsato sono coperti anche dal terzo. Questo procedimento si chiama surrogazione. Potremmo iniziare azioni legali a suo nome, a nostre spese, per ottenere il rimborso.

Non offriremo alcun contributo ad alcuna compagnia assicurativa che agisca come terzo, se una richiesta di rimborso è coperta in tutto o in parte da tale compagnia assicurativa. Tuttavia, se il nostro programma copre una somma maggiore rispetto all'importo coperto dall'altra assicurazione, pagheremo l'eccedenza non coperta dall'altra assicurazione.

Circostanze al di fuori del nostro controllo (forza maggiore): faremo sempre del nostro meglio per Lei, ma non siamo responsabili per qualsiasi mancanza o ritardo nell'esecuzione dei nostri obblighi nei suoi confronti causati da eventi di forza maggiore che siano al di fuori del nostro controllo. Questo riguarda, a titolo di esempio, cose come avverse condizioni atmosferiche, inondazioni, slavine, terremoti, nubifragi, tempeste elettriche, incendi, subsidenze, epidemie, atti terroristici, ostilità militari (a prescindere dal fatto che una guerra sia dichiarata o meno), rivolte, esplosioni, scioperi o alterazioni dell'ordine dell'attività lavorativa, alterazioni dell'ordine civile, sabotaggi ed espropriazioni governative.

Frode: non rimborseremo alcuna spesa medica relativa ad una richiesta di rimborso se:

- la richiesta di rimborso è falsa, fraudolenta o intenzionalmente esagerata;
- Lei e/o i suoi familiari a carico (o terzi che agiscono a vostro nome) adottate mezzi illeciti o fraudolenti al fine di ottenere una prestazione ai sensi di questa polizza.

Ogni importo rimborsato prima della scoperta dell'atto fraudolento o dell'omissione diventerà immediatamente esigibile da noi. Ci riserviamo il diritto di comunicare alla sua azienda ogni attività fraudolenta.

Contattare i familiari a carico: per poter amministrare la sua polizza, a volte potremmo avere bisogno di richiederle ulteriori informazioni. Se dovessimo avere bisogno di informazioni in merito ad uno dei suoi familiari a carico (ad esempio, se abbiamo bisogno dell'indirizzo e-mail di un adulto incluso nella sua polizza), contatteremo Lei, in qualità di titolare della polizza, per ottenere le informazioni richieste (qualora si tratti di dati non sensibili). Allo stesso modo, al fine di gestire le richieste di rimborso, potremmo condividere con tutti i suoi familiari i dati non sensibili relativi ad uno dei suoi familiari a carico.

Informativa sulla protezione dei dati personali

L'Informativa sulla Protezione dei Dati spiega come proteggiamo la sua privacy e come trattiamo i suoi dati. Le consigliamo di leggerla prima di condividere con noi qualsiasi dato personale. La trova qui:

 www.allianzcare.com/it/privacy.html

In alternativa, può contattarci al telefono per richiederne una copia cartacea.

 **+353 1 630 1305**

Se ha delle domande su come utilizziamo i suoi dati personali, può sempre contattarci tramite e-mail all'indirizzo:

 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Procedura per i reclami

In caso di commenti o reclami, non esiti a contattare la nostra Helpline. Se il suo problema non può essere risolto telefonicamente, può inviarci un'e-mail o una lettera ai seguenti recapiti:

 **+353 1 630 1305**

 **client.services@allianzworldwidecare.com**

 Customer Advocacy Team (Ufficio per la tutela del cliente), Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda.

Abbiamo un protocollo interno per la gestione dei reclami. Se desidera maggiori informazioni, visiti:

 **www.allianzcare.com/it/complaints.html**

Se vuole può anche contattare la nostra Helpline per richiedere una copia cartacea della procedura.

Definizioni

Le seguenti definizioni si applicano ai nostri programmi di copertura sanitaria Internazionale. Per verificare quali prestazioni sono coperte dal suo programma, consulti l'Elenco delle prestazioni. Se nel suo programma è inclusa una prestazione speciale che non fa parte dei nostri programmi standard, ne troverà la definizione corrispondente nella sezione "Note" al termine del suo Elenco delle prestazioni. Quando le parole e le frasi che seguono appaiono in un documento di polizza, avranno sempre il significato definito in questa sezione.

A

Acuto

Si riferisce all'improvviso manifestarsi o all'improvviso peggioramento di una patologia.

Amministratore della polizza di gruppo

Rappresentante designato della sua azienda che agisce da punto di riferimento tra l'azienda e noi per la gestione delle questioni relative all'amministrazione della polizza, quali richiederci l'inclusione di nuovi assicurati, organizzare il pagamento del premio e gestire il rinnovo del contratto.

Anno assicurativo

Decorre dalla data effettiva di inizio del Contratto aziendale e termina alla data di scadenza del Contratto. L'Anno assicurativo successivo coincide con quello definito nel Contratto aziendale.

Assicurato

Questo termine si riferisce a:

- dipendenti dell'azienda che viaggiano per lavoro al di fuori del proprio Paese principale di residenza o del Paese in cui svolgono il proprio lavoro. A seconda di quanto concordato nel Contratto aziendale, la durata complessiva dei suoi viaggi per conto dell'azienda può essere per periodi fino a 180 giorni all'anno oppure fino al numero di giorni concordato nel Contratto aziendale. Per avere diritto alla copertura, i dipendenti non possono avere più di 70 anni;
- collaboratori dell'azienda che viaggiano verso una delle aziende affiliate dell'azienda per ragioni di lavoro (per periodi fino a 180 giorni all'anno oppure fino al numero di giorni concordato nel Contratto aziendale, per persona e

per anno). Per "collaboratore" si intende una persona che intraprende un viaggio di lavoro per l'azienda, pur non essendo legata all'azienda da un contratto di impiego (ad esempio: consulenti, avvocati, partner d'affari, etc.);

- i coniugi o conviventi more uxorio (anche dello stesso sesso) dei dipendenti assicurati, ove applicabile. Il loro diritto alla copertura, in qualità di familiari a carico, è a discrezione della compagnia assicurativa. Consulti il suo Amministratore della polizza aziendale per confermare se i suoi familiari a carico sono inclusi nella copertura.

Azienda

Il suo datore di lavoro (o la società per cui lavora o nel cui interesse, nel caso non ci fosse un contratto di impiego, compie il viaggio d'affari) come specificato sul Contratto aziendale.

C

Certificato di assicurazione

Documento da noi rilasciato che riporta i dati della copertura e che conferma la sottoscrizione, da parte della sua azienda, di una nostra polizza assicurativa.

Chirurgia ambulatoriale

Intervento chirurgico eseguito in un ambulatorio, ospedale o struttura sanitaria ambulatoriale ove non sia richiesto il ricovero notturno del paziente.

Compagnia assicurativa

Allianz Care.

Compilanze 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.

Questa prestazione viene coperta fino alla fine della 32a settimana di gravidanza (o prima della fine della 25a settimana, in caso di gravidanza gemellare) e solo nei casi d'emergenza durante un viaggio di lavoro all'estero, quando la donna assicurata si trova in buone condizioni di salute al momento di iniziare il viaggio e quando non ci sono sintomi o manifestazioni di eventuali difficoltà della gravidanza prima di iniziare il viaggio.

In caso di parto prematuro che avvenga prima della fine della 32a settimana di gravidanza (o prima della fine della 25a settimana, in caso di gravidanza gemellare) mentre la madre assicurata si trova in viaggio d'affari, copriremo i trattamenti o le procedure di cui la madre ha bisogno durante il parto, ma non le cure per il neonato.

Compilanze del parto

Si riferisce esclusivamente all'emorragia post-parto e alla mancata espulsione della membrana placentare.

Contratto aziendale

Il contratto sottoscritto dalla sua azienda che fornisce a Lei e i suoi familiari a carico la copertura assicurativa. Il contratto stabilisce chi può essere assicurato, quando ha inizio la copertura, come questa deve essere rinnovata e come avviene il pagamento del premio.

Cure d'emergenza fuori ricovero

Trattamenti ricevuti in un pronto soccorso entro 24 ore dal verificarsi di un incidente o improvviso malessere per il quale l'assicurato non necessita di ricovero ospedaliero.

Cure dentali d'emergenza fuori ricovero

Cure ricevute in un ambulatorio dentistico o in un pronto soccorso ospedaliero per dare immediato sollievo al dolore ai denti causato da un incidente o da una lesione a denti naturali sani. Le cure dentali d'emergenza fuori ricovero potrebbero includere trattamenti come la pulpotomia o la pulpectomia e le conseguenti otturazioni temporanee (tre al massimo per Anno assicurativo). Per essere coperte da questa prestazione, le cure devono essere prestate entro 24 ore dal verificarsi dell'emergenza. La prestazione non copre le protesi dentali di qualsiasi tipo, le ricostruzioni permanenti e la continuazione del trattamento dei canali delle radici.

Cure dentali d'emergenza in regime di ricovero ospedaliero

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 e per il sollievo

immediato del dolore. 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.

E

Emergenza

Insorgenza di una patologia improvvisa e imprevista che richiede cure mediche urgenti. Vengono coperte in qualità di cure d'emergenza solo le cure iniziate entro 24 ore dall'evento che le ha determinate. L'evento coperto inizia nel momento in cui si manifesta l'emergenza medica e finisce quando le condizioni cliniche dell'assicurato non sono più critiche o quando l'assicurato è in condizioni tali da poter essere trasportato al Paese di residenza o al Paese in cui svolge il suo lavoro.

Evacuazione medica

Si effettua quando:

- il trattamento necessario per il quale è coperto non è disponibile a livello locale;
- sangue compatibile adeguatamente testato non è disponibile durante un'emergenza.

In tal caso, la evacueremo al centro medico idoneo più vicino (che potrebbe essere o meno situato nel suo Paese di origine o nel Paese in cui svolge il suo lavoro) tramite ambulanza, elicottero o aeroplano. L'evacuazione medica deve essere richiesta dal suo medico e viene gestita nel modo più economico possibile considerando le sue condizioni di salute. Una volta terminate le cure, copriamo anche il costo del viaggio in classe economica per ritornare nel suo Paese principale di residenza.

Se per ragioni mediche non può essere evacuato o trasportato dopo la dimissione dall'ospedale, copriremo il ragionevole costo di soggiorno in una camera di albergo con bagno privato fino a un massimo di sette giorni. Non copriamo i costi di soggiorno in hotel di quattro o cinque stelle o in suite o le spese di soggiorno in hotel sostenute da un eventuale accompagnatore.

Se viene evacuato al centro medico più appropriato e più vicino per ricevere trattamenti prolungati, copriremo le spese ragionevoli di alloggio in una stanza d'hotel con bagno privato se sono più economiche in paragone a una serie di viaggi tra il centro medico idoneo più vicino ed il suo Paese principale di residenza. Le spese di sistemazione in hotel per un eventuale accompagnatore non sono incluse nella copertura.

Nell'eventualità in cui il sangue compatibile e testato necessario per una trasfusione non sia disponibile in loco, tenteremo, ove opportuno e ove richiesto dal medico trattante, di reperire e trasportare sangue compatibile e verificato ed attrezzature trasfusionali sterili. La compagnia assicurativa e i suoi rappresentanti decliniamo ogni

responsabilità nel caso in cui il tentativo di reperire l'occorrente per la trasfusione sia infruttuoso o nel caso in cui i medici trattanti facciano uso di sangue o materiali non sterili.

Deve contattarci immediatamente al primo segno che un'evacuazione medica è necessaria. Organizzeremo e coordineremo tutte le fasi del processo di evacuazione, fino a quando raggiunge il centro medico di destinazione. Se l'evacuazione medica non viene organizzata da noi, ci riserviamo il diritto di declinare il rimborso di tutte le spese sostenute.

Evento assicurato/coperto

Emergenza che determina la necessità per l'assicurato di ricevere cure d'emergenza necessarie dal punto di vista medico. L'evento coperto può essere dovuto ad un incidente o all'improvviso manifestarsi di una malattia o di un infortunio, e la sua copertura è regolata dai termini e dalle condizioni descritte in questa guida. L'evento coperto inizia nel momento in cui si manifesta l'emergenza medica e finisce quando le condizioni cliniche dell'assicurato non sono più critiche o quando l'assicurato è in condizioni tali da poter essere trasportato al Paese di residenza o al Paese in cui svolge il suo lavoro.

F

Familiare a carico

È il suo coniuge o compagno/a (anche dello stesso sesso). La sua azienda deve aver confermato che si tratti di uno dei suoi familiari a carico. Solo i familiari a carico che viaggiano insieme all'assicurato hanno diritto alla copertura.

Farmaci odontoiatrici prescritti

Farmaci prescritti da un dentista per il trattamento di un'infezione o infiammazione dentale. I medicinali prescritti devono essere di comprovata efficacia per curare la patologia del paziente e devono essere approvati dall'autorità regolatrice in materia farmacologica del Paese in cui sono prescritti. I farmaci odontoiatrici prescritti non includono collutori, prodotti al fluoruro, gel antisettici e dentifrici.

G

Gravidanza

Periodo compreso tra la data di diagnosi dello stato di gravidanza e il parto.

I

Infortunio

Determinato da un evento imprevisto e fortuito, la cui causa è esterna al controllo dell'assicurato e indipendente dalla sua volontà e che causa all'assicurato una lesione o una malattia. La causa e i sintomi relazionati all'infortunio devono essere obiettivamente definibili dal punto di vista medico; devono inoltre essere diagnosticabili e richiedere una terapia.

Intervento chirurgico orale e maxillo-facciale

Si riferisce all'intervento chirurgico condotto 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.

A meno che non abbia selezionato un Programma di cure dentali, non copriamo le seguenti procedure (anche se sono condotte da un chirurgo orale e maxillo-facciale):

- l'estrazione chirurgica di denti inclusi;
- la rimozione chirurgica di cisti;
- gli interventi di chirurgia ortognatica per la correzione della malocclusione.

M

Materiali e dispositivi chirurgici

Sono quelli richiesti per le operazioni chirurgiche e includono protesi, parti del corpo artificiali oppure apparecchi quali materiali per l'artroplastica, viti e placche di fissaggio, protesi per la sostituzione di valvole cardiache, protesi endovascolari, defibrillatori impiantabili e stimolatori cardiaci.

Maternità

Costi che si rendono necessari durante il periodo di gravidanza e il parto, includendo i costi di ricovero, gli onorari degli specialisti, le cure pre e post-natali della madre e l'onorario dell'ostetrica (solamente per l'assistenza durante il parto).

Medicinali prescritti

Prodotti che non si possono comprare senza prescrizione medica e che si usano per curare una patologia diagnosticata, un problema medico o per l'integrazione di sostanze basilari nell'organismo. Alcuni esempi sono gli

antibiotici, i sedativi, ecc. Questi prodotti devono essere di comprovata efficacia per curare la patologia del paziente. Devono inoltre essere riconosciuti in base alle linee guida mediche accettate a livello internazionale.

Se sta assumendo dei farmaci nell'ambito di una cura prolungata iniziata prima del viaggio di lavoro, è sua responsabilità portare con sé una scorta adeguata per il viaggio.

Medico

Professionista in possesso di regolare abilitazione alla professione medica nel Paese in cui la esercita e che opera nei limiti previsti dalla stessa abilitazione.

Medico generico

Dottore in medicina in possesso di regolare abilitazione alla professione nel Paese in cui la esercita, nei limiti previsti dalla stessa abilitazione.

Medico specialista

Dottore in medicina abilitato all'esercizio della professione medica e in possesso di ulteriori qualifiche ed esperienze, tali da consentirgli l'esercizio di tecniche diagnostiche, terapeutiche e preventive in campi specifici della medicina.

N

Necessità medica

Si riferisce ai trattamenti medici, alle procedure e ai farmaci/materiali usati in campo medico che soddisfano tutti i seguenti requisiti:

- a) sono essenziali per identificare o curare la patologia, malattia o lesione del paziente;
- b) sono compatibili con la sintomatologia, la diagnosi o la terapia;
- c) sono in linea con la prassi medica generalmente seguita e con gli standard della professione medica comunemente riconosciuti. Ciò non si applica ai metodi di medicina alternativa se coperti dalla polizza;
- d) sono necessari per motivi che esulano dalla semplice comodità e convenienza del paziente e/o del medico;
- e) sono di indubbio e dimostrato valore medico. Ciò non si applica ai metodi di medicina alternativa se coperti dalla polizza;
- f) sono riconosciuti come i più appropriati in quanto a tipologia e qualità;
- g) sono forniti in una struttura appropriata, in un ambiente appropriato e con un livello appropriato di assistenza per il trattamento della patologia del paziente;
- h) sono forniti solo per un periodo di tempo appropriato.

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.

O

Oncologia

Si riferisce all'onorario di specialisti, al costo di test diagnostici, della radioterapia, della chemioterapia e alle spese ospedaliere relative alla cura delle patologie oncologiche fin dal momento della loro diagnosi.

Onorario di medico generico

Costo di una prestazione medica non chirurgica effettuata o amministrata da un medico generico.

Onorario di medico specialista

Spese per cure e trattamenti non chirurgici eseguiti da un medico autorizzato. Questa prestazione non include: la copertura delle spese per uno psichiatra o psicologo; qualsiasi trattamento già coperto da una delle altre prestazioni incluse nell'Elenco delle prestazioni; i trattamenti specialistici che potrebbero essere soggetti a esclusione nella sua polizza.

Ospedale

Struttura sanitaria ospedaliera riconosciuta nel Paese in cui opera e in cui il paziente 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.

P

Paese in cui si svolge il proprio lavoro

Paese in cui l'assicurato paga le tasse e i contributi di previdenza sociale.

Paese principale di residenza

Paese in cui Lei e i suoi familiari a carico (se inclusi nella polizza) vivete per più di sei mesi all'anno.

Patologie croniche

Disturbi, malattie, patologie, lesioni o ferite che perdurano per più di sei mesi o che richiedono cure mediche (visite di controllo o trattamenti) almeno una volta all'anno. Le patologie croniche hanno una o più delle seguenti caratteristiche:

- ricorrenza;
- incurabilità;

- scarsa reazione alle cure;
- necessità per il paziente di ricorrere a trattamenti palliativi;
- necessità per il paziente di frequenti e prolungati controlli medici;
- invalidità permanente.

Patologie preesistenti

Patologie e condizioni mediche ad esse correlate i cui sintomi si sono manifestati in qualsiasi momento della vita, prima dell'inizio del viaggio all'estero, a prescindere che siano state o meno diagnosticate o curate prima del viaggio all'estero.

R

Rimpatrio della salma

Trasporto della salma della persona assicurata dal Paese in cui si trova a quello previsto per l'inumazione. Fra le spese coperte sono incluse: 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 incluse nell'Elenco delle prestazioni. Per accedere alla copertura fornita dalla prestazione "Rimpatrio della salma", bisogna ottenere la nostra pre-approvazione inviandoci un modulo di Richiesta di garanzia di pagamento e presentare un certificato di morte ed un certificato medico che indichi le cause del decesso.

Rimpatrio sanitario

Prestazione facoltativa che, se scelta per il suo programma, appare elencata nell'Elenco delle prestazioni. Questa prestazione le consente, in caso di emergenza, di essere rimpatriato al suo Paese di origine, invece di essere evacuato alla struttura sanitaria più idonea e vicina, per ricevere i trattamenti necessari per cui è coperto, quando questi non sono disponibili in loco. Il rimpatrio al suo Paese d'origine è possibile solo se questo si trova nella sua area geografica di copertura. Una volta terminate le cure rimborseremo anche il costo del suo ritorno, in classe economica, al suo Paese principale di residenza. Il viaggio di ritorno deve essere effettuato entro un mese dal termine del trattamento ricevuto.

Deve contattarci immediatamente al primo segno che un rimpatrio sanitario è necessario.

Organizzeremo e coordineremo tutte le fasi del processo di rimpatrio, fino a quando raggiunge il centro medico di destinazione. Se il rimpatrio non viene organizzato da noi, ci riserviamo il diritto di declinare il rimborso di tutte le spese sostenute.

S

Servizio di autoambulanza

Trasporto in ambulanza fino al più vicino ed appropriato centro sanitario, richiesto nei casi d'emergenza o di necessità medica.

T

Terapeuta

Chiroterapeuta, 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.

Test diagnostici

Sono indagini (come le radiografie o le analisi del sangue) effettuate per determinare la causa dei sintomi presentati da un paziente.

Tipologia di camera in ospedale

Camera d'ospedale privata o condivisa come indicato nell'Elenco delle prestazioni. Non è coperta la sistemazione in camere di lusso o in suite.

Titolare della polizza

Persona che lavora per l'azienda assicurata e ogni eventuale familiare a carico che risulti nel Certificato di assicurazione.

Trattamento

Procedura medico/sanitaria necessaria per curare una malattia o lesione.

Trattamento di riabilitazione

Trattamento che può essere una combinazione di terapie diverse come la fisioterapia, la terapia occupazionale e la logopedia. Il trattamento è mirato a riportare il paziente al normale aspetto e/o funzionamento fisico dopo una malattia acuta, una lesione o un intervento chirurgico. La riabilitazione deve cominciare entro 14 giorni dalla dimissione del paziente dall'ospedale dove è stato sottoposto alle cure per una grave malattia o a un intervento chirurgico, e deve svolgersi in un centro abilitato.

Trattamento fuori ricovero

Cure prestate nell'ambulatorio di un medico generico, terapeuta o specialista, senza che si renda necessario il ricovero ospedaliero del paziente.

Trattamento in day-hospital

È un trattamento programmato e ricevuto in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria durante il giorno, senza che vi venga trascorsa la notte, e per il quale viene emesso un certificato di dimissione.

Trattamento in regime di ricovero

Trattamento ricevuto in un ospedale o una clinica dove si renda necessario il pernottamento.

Trattamento ortomolecolare

Trattamento di medicina alternativa mirato a ristabilire l'equilibrio biochimico individuale per mezzo di integratori. Il trattamento richiede l'utilizzo di sostanze naturali, quali vitamine, minerali, enzimi ed ormoni.

**Viaggio di lavoro/d'affari**

Viaggio all'estero di breve durata che l'assicurato compie per motivi legati all'esecuzione del suo lavoro per l'azienda. Giorni aggiuntivi di viaggio che precedano o seguano il viaggio di lavoro/d'affari e che non siano collegati a o necessari per l'esecuzione del lavoro dell'assicurato per l'azienda non sono coperti.

Esclusioni

Sebbene copriamo la maggior parte dei trattamenti e delle procedure d'emergenza, la copertura non si estende ai trattamenti, alle condizioni mediche e alle procedure sanitarie che si elencano in questo capitolo.

ACQUISTO DI UN ORGANO

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.

ASSISTENZA SANITARIA DOMICILIARE

L'assistenza infermieristica domiciliare ed eventuali servizi di assistenza sanitaria forniti nel domicilio dell'assicurato.

CHIRURGIA PLASTICA O CHIRURGIA ELETTIVA

Gli interventi di chirurgia elettiva/volontaria e/o chirurgia estetica/plastica eccetto quando necessari dal punto di vista medico a causa di un incidente.

COMPLICANZE CAUSATE DA PATOLOGIE NON COPERTE DAL PROPRIO PROGRAMMA

I trattamenti e le cure per complicanze direttamente derivanti da malattie, patologie, infortuni e trattamenti esclusi dalla copertura o soggetti a limitazioni.

CONTAMINAZIONE CHIMICA E RADIOATTIVITÀ

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.

CURE DENTALI

Cure dentali, interventi chirurgici odontoiatrici, cure parodontali, ortodonzia, protesi dentali e trattamento del canale delle radici, ad eccezione delle cure dentali d'emergenza in regime di ricovero e fuori ricovero.

CURE DOPO LA CONCLUSIONE DELL'EVENTO ASSICURATO

I trattamenti (riabilitazione inclusa) da ricevere dopo la conclusione dell'evento coperto.

CURE NEL PAESE DI RESIDENZA

I trattamenti medici ricevuti nel Paese principale di residenza o nel Paese in cui si svolge il proprio lavoro, o ancora in un Paese in cui l'assicurato gode già di un'altra assicurazione che copre le spese mediche in questione.

CURE PSICHIATRICHE

Le cure psichiatriche e la psicoterapia.

EMERGENZE MEDICHE CHE NON SI VERIFICANO DURANTE IL PERIODO DI VALIDITÀ DELLA COPERTURA

Le emergenze mediche che si verifichino prima della data d'inizio dell'assicurazione indicata nel Contratto aziendale, oppure al di fuori del Periodo di validità della copertura concordato per l'assicurato.

ERRONEO O MANCATO RISPETTO DI UNA TERAPIA MEDICA

Le cure necessarie per aver mancato di ricorrere al medico quando dovuto o per erroneo e/o incompleto rispetto di una terapia.

ERRORI MEDICI

Le cure necessarie in conseguenza di errori medici.

EVACUAZIONE MEDICA, RIMPATRIO SANITARIO O RIMPATRIO DI SALMA

Le evacuazioni mediche, il rimpatrio sanitario o il rimpatrio di salma che non siano stati pre-approvati da noi.

EVACUAZIONI DA IMBARCAZIONE IN MARE

Le evacuazioni mediche o i rimpatri sanitari da un'imbarcazione in mare a un centro medico a terra.

FACCETTE ESTETICHE

Le faccette estetiche (odontoiatria) ed i procedimenti relativi alla loro applicazione.

FISIOTERAPIA

La fisioterapia fuori ricovero.

GRAVIDANZA E PARTO

Le spese mediche relative alla gravidanza e al parto, eccezion fatta per gli imprevisti coperti dalla prestazione "Complicanze della gravidanza", i quali sono coperti fino alla fine della 32a settimana di gravidanza e fino alla fine della 25a settimana di gravidanza in caso di gravidanza multipla, se questa prestazione è inclusa nel suo Eleneco delle prestazioni. La presente esclusione si riferisce, a titolo di esempio, a quanto segue:

- spese di routine relative alla maternità;
- costi correlati alla nascita prematura, tranne quando sono coperti dalla prestazione "Complicanze della gravidanza";
- spese per trattamenti medici richiesti quando la donna incinta assicurata viaggia contro il consiglio del medico o quando prima di iniziare il viaggio si sono manifestati dei sintomi di difficoltà della gravidanza;
- spese per viaggi il cui obiettivo è partorire all'estero;
- interruzione della gravidanza, eccezion fatta per i casi di pericolo di vita per la madre;
- parto domiciliare;
- cure del neonato.

LOGOTERAPIA

La logoterapia correlata al ritardo dello sviluppo, alla dislessia, alla disgrafia e ai disturbi del linguaggio.

MATERNITÀ SURROGATA

Trattamenti direttamente correlati con la maternità surrogata, relativi tanto alla madre surrogata quanto al genitore committente.

MEDICINALI ACQUISTABILI SENZA RICETTA MEDICA (MEDICINALI DA BANCO)

I medicinali che non richiedono una prescrizione medica dal punto di vista legale per essere acquistati.

ONORARIO PER LA COMPILAZIONE DI UN MODULO DI RICHIESTA DI RIMBORSO

L'onorario del medico per la compilazione di un modulo di Richiesta di rimborso o altri costi amministrativi.

OTTICA

Gli occhiali e le lenti a contatto.

PARTECIPAZIONE A GUERRE O ATTI CRIMINALI

Decesso e/o le cure ed i trattamenti per malattie, lesioni o incidenti derivanti da partecipazione attiva a quanto indicato a seguire, indipendentemente dal fatto che la guerra sia stata dichiarata o no:

- guerre;
- tumulti;
- insurrezioni civili;
- atti criminali;
- atti illegali;
- atti terroristici;
- atti condotti per contrastare l'offensiva di una potenza straniera.

PATOLOGIE CAUSATE INTENZIONALMENTE O LESIONI AUTO-PROVOCATE

Le cure e/o i trattamenti per patologie causate intenzionalmente o per lesioni auto-provocate, tentativi di suicidio compresi.

PATOLOGIE CRONICHE

Patologie croniche secondo quanto descritto nella definizione inclusa in questa Guida.

PATOLOGIE PREESISTENTI

Le patologie preesistenti (patologie croniche preesistenti incluse), eccezion fatta per gli attacchi acuti e imprevisti o per l'improvviso peggioramento di una patologia preesistente o cronica preesistente che si verifichi mentre l'assicurato si trova all'estero in viaggio di lavoro.

Inoltre, le patologie preesistenti e le patologie croniche preesistenti non sono coperte quando:

- ricevere il trattamento medico all'estero è il motivo o uno dei motivi del viaggio
- risulti evidente o probabile che la persona assicurata abbia sottoscritto la polizza al fine di recarsi all'estero per ricevere cure per una patologia i cui sintomi si fossero manifestati in maniera evidente prima dell'acquisto della copertura.

RITARDO DELLO SVILUPPO

La cura del ritardo dello sviluppo non è coperta.

SOGGIORNI PRESSO CASE DI CURA

I soggiorni presso case di cura, terme e centri di benessere, stazioni climatiche e centri di recupero, anche se prescritti da un medico.

SPESE DI VIAGGIO

Le spese di viaggio (costi di parcheggio compresi) affrontate per raggiungere e lasciare le strutture sanitarie in cui vengono ricevuti i trattamenti, eccezion fatta per le spese di viaggio coperte dalle prestazioni "Servizio di autoambulanza", "Evacuazione medica" e "Rimpatrio sanitario".

SPORT A LIVELLO PROFESSIONALE E ATTIVITÀ PERICOLOSE

I trattamenti o gli accertamenti diagnostici richiesti a seguito di lesioni procurate durante la pratica di attività sportive a livello professionale o attività pericolose.

SUPPORTI SANITARI

I supporti sanitari non di emergenza quali, ad esempio, apparecchi acustici, protesi vocali (laringe elettronica), stampelle, sedie a rotelle, apparecchi dentali, calze contenitive o supporti ortopedici.

TOSSICODIPENDENZA O ALCOLISMO

Le cure e/o i trattamenti per alcolismo o tossicodipendenza (terapie per la disintossicazione e per smettere di fumare incluse), i casi di morte o le cure per qualsiasi patologia che, a nostro ragionevole parere, siano correlate a, o siano dirette conseguenze di, alcolismo e dipendenza da droghe (ad esempio: insufficienza organica o demenza).

TRAPIANTO DI ORGANI

Le spese relative al trapianto di organi ed eventuali conseguenze del trapianto.

TRATTAMENTI DI MEDICINA ALTERNATIVA

I trattamenti di medicina alternativa, se non espressamente indicati nell'Elenco delle prestazioni.

TRATTAMENTI NON D'EMERGENZA

I costi per i trattamenti non d'emergenza non sono coperti.

TRATTAMENTI O TERAPIE FARMACOLOGICHE A CARATTERE SPERIMENTALE O NON TESTATI

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.

TRATTAMENTO CONTRO LA STERILITÀ

Trattamento contro la sterilità (riproduzione assistita con eventuali relative complicanze comprese) o il trattamento di ogni problema da questa derivata.

TRATTAMENTO OCULISTICO A MEZZO LASER

I trattamenti di chirurgia per correggere la rifrazione di uno o entrambi gli occhi (correzione laser della vista).

TRATTAMENTO ORTOMOLECOLARE

In merito a questo trattamento, la rimandiamo alla definizione "Trattamento ortomolecolare".

VISITE MEDICHE EFFETTUATE DA LEI O DA UN MEMBRO DELLA SUA FAMIGLIA

Le visite mediche, i trattamenti e le prescrizioni eseguite da Lei, dal suo coniuge, da un suo genitore o dai suoi figli.

VITAMINE O MINERALI

I prodotti classificati come:

- vitamine o minerali;
- integratori e prodotti quali, ad esempio, latte in polvere per neonati ed i cosmetici.

Questi prodotti sono esclusi, anche se raccomandati e/o prescritti da un medico o riconosciuti come aventi effetti terapeutici. I costi per prodotti derivanti da visite con un dietologo o nutrizionista non sono coperte, salvo quando la prestazione specifica appare nel suo Elenco delle prestazioni.

TRATTAMENTI NON INDICATI NELL'ELENCO DELLE PRESTAZIONI


Tutti i seguenti trattamenti, costi, procedure o relative complicanze, non sono coperti:

- spese per un accompagnatore in caso di rimpatrio o evacuazione di un assicurato;
- oncologia;
- trapianto di organi;
- trattamento palliativo e trattamento a lungo termine;
- terapia oculomotoria e terapia occupazionale (su prescrizione medica);
- trattamenti preventivi;
- visite mediche di routine e test di prevenzione di malattie;
- spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di evacuazione medica / rimpatrio sanitario.
- spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di rimpatrio di salma;
- spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di decesso o pericolo di vita di un membro della famiglia;
- vaccinazioni.

Ci contatti pure, siamo qui per assisterla!

Se ha delle domande, ecco i recapiti per contattarci:

Helpline (disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7 – per informazioni generali e per ricevere assistenza in caso di emergenza)

	Italiano:	+353 1 630 1305
	Inglese:	+353 1 630 1301
	Tedesco:	+353 1 630 1302
	Francese:	+353 1 630 1303
	Spagnolo:	+353 1 630 1304
	Portoghese:	+353 1 645 4040


Numeri verdi: www.allianzcare.com/it/pages/toll-free-numbers.html

Se non riesce a chiamare questi numeri dal telefono cellulare, usi i numeri dell'Helpline indicati sopra.

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

 **E-mail:** client.services@allianzworldwidecare.com

 **Fax:** + 353 1 630 1306

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

 **www.allianzcare.com/it**

 www.facebook.com/allianzcare

 www.twitter.com/AllianzCare

 www.youtube.com/user/allianzworldwide

 www.instagram.com/allianzcare/

 www.linkedin.com/company/allianz-care

Il presente documento è una traduzione in italiano del documento in lingua inglese. Il testo in inglese è l'unico originale e con valore legale. Se eventuali discrepanze dovessero emergere tra la versione in italiano e la versione in inglese, quest'ultima sarà l'unica a dover essere considerata legalmente vincente.

AWP Health & Life SA è soggetta alla regolazione dell'autorità francese di vigilanza prudenziale (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) ubicata all'indirizzo: 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Parigi Cedex 09, Francia.

AWP Health & Life SA è una società a responsabilità limitata soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances") e opera sul mercato attraverso la sua succursale irlandese. 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. Allianz Care ed Allianz Partners sono ragioni sociali registrate di AWP Health & Life SA.