



Guida alle prestazioni per le polizze di Gruppo

Programmi di copertura sanitaria internazionale Summit
Validi dal 1° agosto 2023

Benvenuto

Lei e i suoi familiari potete contare su Allianz Care come vostra compagnia di assicurazione sanitaria internazionale per accedere alle migliori prestazioni sanitarie disponibili.

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. Legga questa guida insieme al Certificato assicurativo e all'Elenco delle prestazioni.

Come utilizzare la copertura

Servizi di assistenza	5
Come funziona la copertura	16
Ha bisogno di cure mediche?	21
Ulteriori informazioni in merito al rimborso delle spese mediche	27

Termini e condizioni della copertura

Termini e condizioni	31
Amministrazione della sua polizza	32
Pagamento del premio	38
Altre condizioni che si applicano alla sua copertura	40
Informativa sulla protezione dei dati personali	43
Procedura per i reclami	44
Definizioni	45
Esclusioni	59

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 copertura



Servizi di assistenza

Crediamo nell'importanza di fornirle un servizio di livello superiore. In questo capitolo, descriviamo la gamma completa dei servizi che offriamo. Scopri cosa è a sua disposizione, dai servizi digitali MyHealth al Programma di assistenza per dipendenti.

Ci contatti pure – siamo qui per aiutarla!

La nostra Helpline multilingue è disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7, per rispondere a qualsiasi domanda relativa alla sua polizza o se ha bisogno di assistenza in caso di emergenza.

 Telefono: **+353 1 630 1305**

Se vuole può anche chiamarci da un numero verde. Trova la lista aggiornata dei nostri numeri verdi qui:

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

 E-mail: **client.services@e.allianz.com**

 Fax: **+353 1 630 1306**

Sapeva che...

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

Servizi digitali MyHealth

MyHealth, disponibile in versione applicazione per dispositivi mobili e in versione portale online, le offre accesso immediato alla copertura, ovunque si trovi e da qualsiasi dispositivo.

Quali funzionalità trova nell'applicazione e nel portale MyHealth



La mia polizza

Le permette di consultare i suoi documenti di polizza e di mostrare la sua Tessera personale di assicurato, in ogni momento in cui ne ha bisogno.



Le mie richieste di rimborso

Qui può inoltrare richieste di rimborso in pochi semplici passaggi e visualizzare lo storico delle richieste già inoltrate.



I miei contatti

Le dà accesso alla nostra Helpline e alla nostra chat live (solo in inglese e solo sul nostro portale online), disponibili 24 ore su 24, 7 giorni su 7.



Valutazione dei sintomi

Per una valutazione rapida e semplice dei suoi sintomi, se non si sente bene.



Motore di ricerca di medici e ospedali

Per localizzare i medici e ospedali più vicini a Lei, ovunque si trovi.



Strumento di ricerca farmaci

Le permette di cercare i nomi degli equivalenti locali dei farmaci di marca.



Traduttore di termini medici

Traduce i nomi delle malattie in 17 lingue diverse.



Contatti di emergenza

Accesso immediato ai numeri di emergenza locali, ovunque si trova nel mondo.

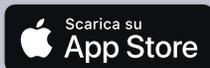
Altre funzionalità

- Aggiornare i suoi dati online: e-mail, numero di telefono, password, indirizzo (se nello stesso Paese dell'indirizzo precedente), le preferenze di marketing, ecc.;
- visualizzare il saldo residuo di ciascuna prestazione inclusa nel suo Elenco delle prestazioni;
- pagare il premio online e visualizzare i pagamenti ricevuti dalla compagnia assicurativa;
- aggiungere o modificare i dati della sua carta di credito (quando il premio per la sua copertura viene pagato da Lei e non dalla sua azienda).

Tutti i dati personali inseriti in MyHealth sono criptati per garantire la protezione dei dati.

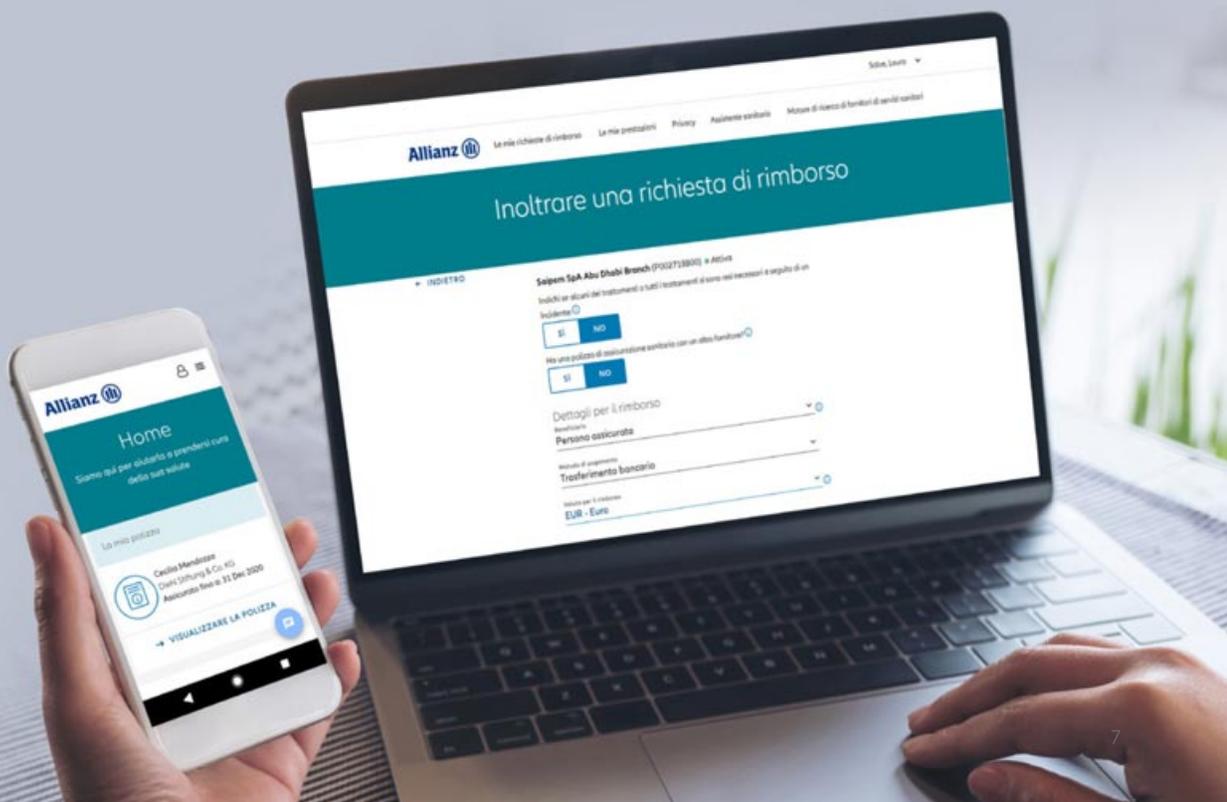
Come installare l'applicazione/accedere a MyHealth:

1. Prima di tutto, deve registrarsi sul portale MyHealth. Vada su <https://my.allianzcare.com/myhealth>, clicchi su "SI REGISTRI ORA" nella parte inferiore della pagina e segua le istruzioni sullo schermo. Si assicuri di avere vicino il suo numero di polizza (lo trova sul Certificato di assicurazione) perché le verrà richiesto per la registrazione.
2. Oppure, se lo preferisce può registrarsi sull'applicazione MyHealth. Per prima cosa deve scaricarla cercando "Allianz MyHealth" sull'App Store di Apple o su Google Play se ha un'Android.



3. Dopo essersi registrato, l'indirizzo e-mail che ha usato per la registrazione sarà il nome utente che dovrà usare tutte le volte che in futuro vorrà accedere a MyHealth. Non c'è differenza nei dati di accesso tra il portale e l'applicazione MyHealth: per entrambi deve usare gli stessi dati di accesso e se mai vorrà cambiarli, le basterà farlo su una versione di MyHealth e automaticamente si cambieranno anche sull'altra. Le offriamo anche un'opzione di accesso biometrico per l'applicazione, ad esempio tramite Touch ID o Face ID, se supportato dal suo dispositivo.

Per ulteriori informazioni, visiti <https://www.allianzcare.com/it/myhealth.html>



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 del nostro network internazionale (non è obbligato però a ricorrere ai medici e ospedali del nostro network se ne preferisce altri);
- scaricare modulistica;
- scaricare le nostre Guide sulla salute;
- visitare il nostro portale "My expat life" (solo in inglese, francese e tedesco) – vi troverà tutto quello che vuole sapere se sta pensando di trasferirsi all'estero, dalla pianificazione del trasloco allo stabilirsi nel nuovo Paese.

Servizio di secondo parere medico**

In qualità di suo assistente alla salute, il nostro obiettivo è darle la tranquillità di sapersi in buone mani. Le è stata diagnosticata una malattia grave o le è stato proposto di sottoporsi ad un intervento chirurgico? Vorrebbe sentire l'opinione di un esperto su quali iter di trattamento sono consigliabili per Lei? O su quali sono i centri medici più adeguati per il suo caso? Nessun problema: la sua copertura include il servizio di secondo parere medico.

Il servizio prevede che le assegniamo un esperto direttamente dal nostro team medico per dedicarsi personalmente al suo caso. Il nostro esperto le chiederà di fornire la documentazione necessaria sulla patologia o lesione di cui soffre: poi le indicherà l'ospedale, il medico o lo specialista più appropriati per il suo tipo di patologia per fornirle un secondo parere medico adeguato.

Per accedere al servizio, deve semplicemente contattarci:

 + 353 1 630 1305

 medical.smo@e.allianz.com

...e chiedere del servizio di secondo parere medico. La nostra Helpline vorrà il suo numero di polizza per identificarla nel nostro sistema.



Olive – Il nostro programma per la salute e il benessere

Verso una vita più sana...

Viviamo tutti una vita sempre più piena di impegni, e spesso i ritmi diventano frenetici. In questo contesto, sappiamo quanto difficile sia mantenersi in forma e fare scelte salutari nella vita quotidiana. Olive**, il nostro programma per la salute e il benessere, è stato ideato per motivarla e guidarla verso una vita più sana. Il programma include il portale per la salute e il benessere e l'applicazione HealthSteps.

1. Portale per la salute e il benessere

Su MyHealth (dal sito web o dall'app per cellulari) trova il bottone d'accesso al nostro portale per la salute e il benessere. Il portale raccoglie una serie di servizi e informazioni utili per vivere una vita sana e felice.

Alcune delle cose che trova sul portale:

- consigli e articoli su vari argomenti, quali dormire bene, fare attività fisica, mangiare in maniera sana e il sentirsi bene emotivamente;
- valutazione online dello stato di salute**;
- calcolatore dell'Indice di massa corporea (IMC);
- webinar mensili in diretta sulla salute ed il benessere, con sessioni interattive di domande e risposte, tenuti da esperti del settore.



2. Applicazione HealthSteps***

Sa che mantenendo uno stile di vita salutare può ridurre il rischio di contrarre malattie? L'applicazione HealthSteps è stata ideata per offrirle una guida personalizzata verso il raggiungimento dei suoi obiettivi di fitness e di buona salute. Si può connettere agli smartphone, ai dispositivi indossabili e ad altre applicazioni per monitorare il numero di passi, le calorie bruciate, le ore di sonno e molto altro.

Alcune funzionalità di HealthSteps:



Programma

Scelga tra quelli elencati un obiettivo che vuole raggiungere per prendersi cura della sua salute e segua il programma consigliato per Lei:

- perdere peso;
- migliorare la postura;
- dormire meglio;
- mangiare sano;
- tenersi in movimento;
- restare in salute;
- ridurre lo stress;
- abbassare la pressione sanguigna.



Sfide

Partecipi alle sfide mensili e ottenga incoraggiamento dagli altri utenti di HealthSteps. Può condividere gli obiettivi raggiunti e competere con altri nelle sfide di gruppo, basate sul numero di passi fatti, sulle calorie bruciate e sulla distanza percorsa.



Progressi

Può connettersi con i più comuni tracker dell'attività fisica e della salute e monitorare i suoi progressi rispetto agli obiettivi prefissati.



Biblioteca

Qui trova articoli, suggerimenti e consigli su come vivere e mantenere uno stile di vita salutare.

Scarichi l'applicazione "Allianz HealthSteps" dall'App Store o da Google Play.



Servizi di visita medica per video-conferenza su Telehealth Hub**

Se la sua polizza include la prestazione “Servizi di visita medica per video-conferenza”, ha accesso ai servizi di visita medica per video-conferenza, laddove questo tipo di servizio sia disponibile nel Paese in cui si trova.

Per aiutarla nella ricerca di un servizio di visita medica per video-conferenza disponibile nella sua area, abbiamo creato Telehealth Hub, un portale che le permette di risparmiare tempo accedendo alla nostra rete di medici, comodamente da casa sua o dal posto di lavoro. Il servizio è sicuro e confidenziale, e fornisce il parere di un medico, indicazioni sul trattamento da seguire e prescrizione di farmaci per problemi di salute non di emergenza.

Su MyHealth trova il bottone di accesso al portale TeleHealth, oppure può accedere direttamente qui:

 www.allianzcare.com/telehealthhub

Può ottenere un appuntamento con un medico online. La visita verrà condotta in inglese, a meno che il fornitore del servizio non offra altre lingue.

La possibilità di ottenere la prescrizione di farmaci dipende dal Paese da cui accede al servizio, dalle leggi locali e dal tipo di programma che ha.

Nei Paesi in cui il servizio di visita medica per tele-conferenza non è ancora disponibile, può sempre chiamare la nostra linea di consulenza medica, disponibile 24 su 24, 7 giorni su 7, in italiano, inglese, tedesco e francese (trova il numero su TeleHealth Hub).



Programma di assistenza per dipendenti **

Quando nella vita o sul lavoro si presentano delle situazioni complesse, il nostro Programma di assistenza per dipendenti fornisce assistenza immediata e confidenziale per Lei e per i suoi familiari assicurati. Se il Programma di assistenza per dipendenti è incluso nel suo programma, lo vedrà elencato nel suo Elenco delle prestazioni.

Il servizio, disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7, offre assistenza per affrontare una serie di difficoltà della vita quali:

- l'equilibrio tra l'attività professionale e la vita privata;
- la vita familiare e la genitorialità;
- le difficoltà nelle relazioni con gli altri;
- lo stress, la depressione, l'ansia;
- i problemi professionali;
- l'impatto nel passaggio da una cultura ad un'altra;
- lo shock culturale;
- l'isolamento e la solitudine;
- i problemi di dipendenza.

I servizi di assistenza includono:



Counseling professionale e confidenziale

Assistenza da un consulente clinico 24 ore su 24, 7 giorni su 7, di persona, o per telefono, video o e-mail.



Assistenza in caso di incidente critico

Supporto immediato in caso di incidenti critici, trauma o crisi. Il nostro approccio è mirato a stabilizzare il problema, riducendo lo stress associato ad incidenti traumatici o violenti.



Servizi di supporto legale e finanziario

Che si tratti di una consulenza per l'acquisto di una casa, la gestione di una controversia legale o la creazione di un piano finanziario completo, la mettiamo in contatto con un esperto che la aiuterà a trovare una risposta alle sue domande e a raggiungere i suoi obiettivi.



Accesso al sito internet e all'applicazione

Assistenza online e tutti gli strumenti e gli articoli di supporto per la salute e il benessere.

Si lasci aiutare:

 +1 905 886 3605

Non è un numero di telefono gratuito. Per la lista di numeri di telefono locali, vada sul sito web indicato in questa pagina.

Un operatore risponderà alla sua chiamata in lingua inglese, ma può chiedere di parlare con qualcuno in un'altra lingua, ma può chiedere di parlare con qualcuno in un'altra lingua. Se non ci sono operatori disponibili nella lingua da Lei richiesta, fisseremo un appuntamento per offrirle i nostri servizi con la presenza di un interprete.

 www.allianzcare.com/eap-login

(sito disponibile in inglese, francese e spagnolo)

 Scarichi l'applicazione Lifeworks da Google Play o dall'App Store di Apple.



I dati per accedere sono:

Nome utente: AllianzCare

Password: Expatriate

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, e-mail 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.



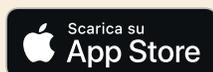
Aggiornamenti quotidiani ed e-mail di allerta

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 scelti 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.

*** Alcuni dei servizi che potrebbero essere inclusi nel suo programma sono offerti da terze parti esterne ad Allianz Group, come ad esempio il Programma di assistenza per dipendenti, i Servizi per la sicurezza durante i viaggi, l'applicazione HealthSteps, il Servizio di secondo parere medico e 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?

Lei è coperto (insieme ad eventuali familiari a carico inclusi nella sua polizza) per le cure ed i relativi costi, servizi, prodotti e materiali necessari dal punto di vista medico e indicati nell'Elenco delle prestazioni. La sua copertura è soggetta a:

- definizioni ed esclusioni della polizza (le trova alla fine di questo documento);
- eventuali condizioni speciali indicate sul suo Certificato di assicurazione e sul modulo per le Condizioni speciali rilasciato prima dell'attivazione della sua polizza, ove applicabile (**questo punto si applica se ha una polizza con valutazione del rischio assicurativo**);
- la condizione che le **spese mediche siano ragionevoli e consuetudinarie** (cioè i costi dei trattamenti che vuole avere rimborsati devono essere usuali nel Paese in cui riceve il trattamento). Rimborsaremo solamente le spese mediche in linea con il costo che generalmente il suo tipo di trattamento ha nel Paese in cui lo riceve. Ci riserviamo il diritto di rifiutare o ridurre l'ammontare del rimborso, se consideriamo inappropriato l'ammontare richiesto.

Generalmente copriamo le patologie preesistenti (comprese eventuali patologie croniche preesistenti), ma per alcuni tipi di polizza le condizioni potrebbero essere diverse: consulti il suo Elenco delle prestazioni per confermare se le patologie preesistenti sono coperte per il suo tipo di polizza.

Se non è sicuro che il trattamento medico che ha pianificato sia coperto dal suo programma, contatti pure la nostra Helpline.

Dove posso ricevere le mie cure mediche?

Può ricevere cure mediche in qualsiasi Paese all'interno della sua area geografica di copertura (indicata nel suo Certificato di assicurazione).

Noti però che se il trattamento di cui ha bisogno e per il quale è coperto è disponibile nel Paese in cui risiede ma decide di farsi curare comunque in un altro Paese compreso nella sua area di copertura, le rimborsaremo le spese mediche secondo i termini della polizza, ma non le spese di viaggio.

Tuttavia, se il trattamento per cui è coperto non è disponibile a livello locale e l'adeguata prestazione di "Evacuazione medica" è inclusa nella sua copertura, le rimborseremo anche le spese di viaggio verso la struttura medica più vicina. Per ottenere il rimborso delle spese mediche e delle spese di viaggio sostenute in queste circostanze, deve compilare ed inviarci un modulo di Richiesta di garanzia di pagamento prima di partire.

Rimborseremo le spese mediche coperte dalla sua polizza e sostenute nel suo Paese d'origine, a condizione che tale Paese si trovi nella sua area geografica di copertura.

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 €.

I massimali di prestazione si applicano "ad Anno assicurativo", "per durata della vita" o "ad evento" (ad esempio: a viaggio, a visita medica o a gravidanza).

In alcuni casi, il massimale di prestazione equivale ad una percentuale del costo del trattamento (ad esempio: rimborso dell'80%).

Massimali di prestazione per la maternità

Il massimale delle prestazioni "**Maternità**" e "**Complicanze della gravidanza e del parto**" normalmente si applica "a gravidanza" o "ad Anno assicurativo". Consulti l'Elenco delle prestazioni per averne conferma.

Se il massimale della prestazione si applica "a gravidanza"

Significa che se la gravidanza inizia in un Anno assicurativo e termina nel seguente, e nel caso in cui il massimale della prestazione nel secondo anno venga cambiato al rinnovo della polizza, si applicherà quanto segue:

- anno 1 – il massimale di prestazione si applica a tutte le spese mediche coperte dalla prestazione;
- anno 2 – il massimale di prestazione aggiornato si applica a tutte le spese coperte dalla prestazione incorse nel secondo anno, dal quale si detrairà l'ammontare del massimale già rimborsato nell'anno 1;
- se il massimale si riduce nell'anno 2 rispetto all'anno 1 e abbiamo già superato questo nuovo limite con i rimborsi delle spese mediche della maternità corrisposti durante l'anno 1, non rimborseremo alcun importo aggiuntivo nell'anno 2.

Massimale per i bambini frutto di parti gemellari e di maternità surrogata, o bambini adottati e in affidamento

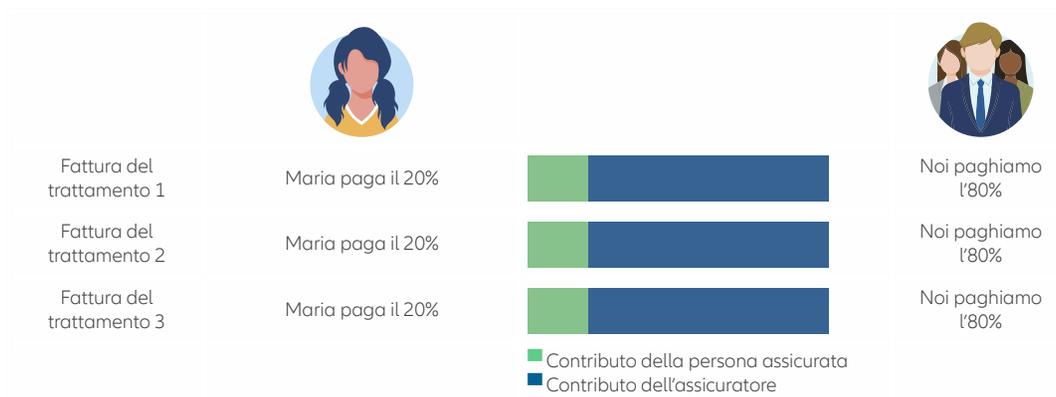
Esiste un massimale per il rimborso dei trattamenti ospedalieri che avvengono nei primi tre mesi successivi alla nascita se il neonato:

- è frutto di una maternità surrogata;
- è adottato;
- è in affidamento;
- è frutto di un parto gemellare a seguito di un programma di cure per la riproduzione assistita.

Il massimale è 24.900 £ / 30.000 € / 40.500 US\$ a neonato e si applica prima di ogni altro massimale o prestazione del suo programma. I trattamenti fuori ricovero, invece, sono coperti dal Programma fuori ricovero (se selezionato).

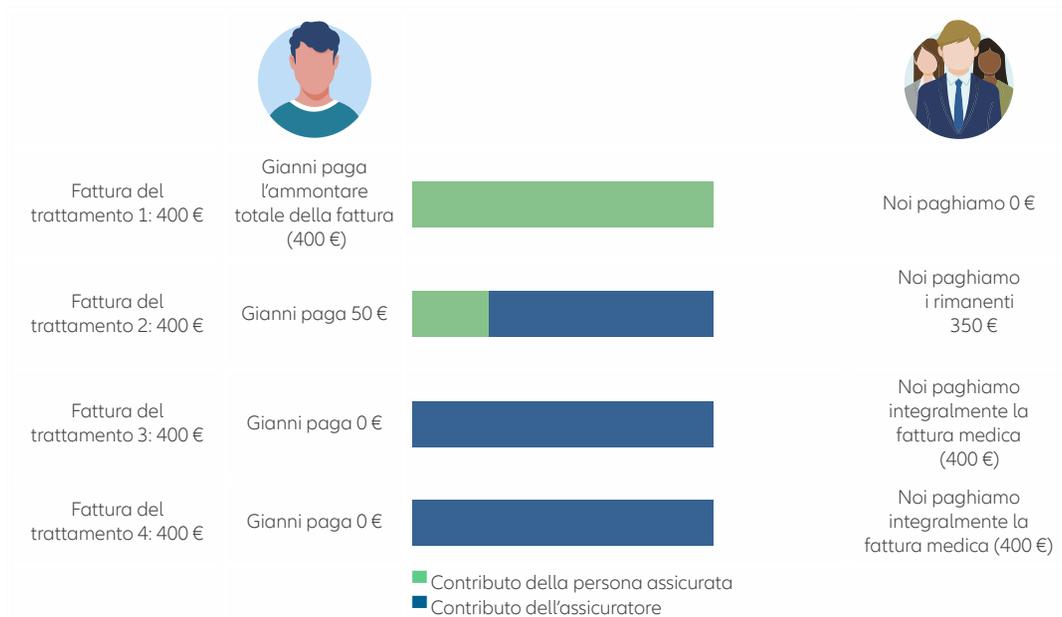
Che cosa sono gli scoperti?

Uno **scoperto** è quando la compagnia assicurativa le paga solo una percentuale delle spese mediche coperte e il resto è a suo carico. L'Elenco delle prestazioni indica se alcune delle sue prestazioni hanno uno scoperto. Nel seguente esempio, Maria ha bisogno di diversi trattamenti odontoiatrici nel corso dell'anno. La sua prestazione per i trattamenti odontoiatrici ha uno scoperto del 20%, il che significa che rimborseremo l'80% del costo di ogni trattamento coperto. L'importo totale da noi dovuto potrebbe essere soggetto ad un massimale del programma.



Cosa sono le franchigie?

La **franchigia** (a volte chiamata anche “eccesso” nel linguaggio assicurativo) corrisponde a una somma specifica di denaro: deve pagare le sue spese mediche fino a raggiungere quella somma, prima di potere iniziare ad ottenere rimborsi da noi. Nell’Elenco delle prestazioni potrà verificare se ci sono delle franchigie che si applicano al suo programma. Nell’esempio seguente, Gianni deve ricevere cure mediche per tutto l’anno. Il suo programma include una franchigia di 450 €.



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 da parte nostra, tramite 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.

A meno che non abbiamo diversamente concordato con la sua azienda, nei casi in cui la pre-approvazione non è ottenuta si applica quanto segue:

- se il trattamento ricevuto dovesse in seguito risultare non necessario da un punto di vista medico, **ci riserviamo il diritto di respingerne la richiesta di rimborso relativa;**
- se il trattamento ricevuto dovesse in seguito risultare necessario da un punto di vista medico, rimborseremo l'**80%** del costo per i trattamenti in regime di ricovero e il **50%** per le altre prestazioni.

Ricevere trattamenti in regime di ricovero (soggetti a pre-approvazione)



Scarichi un modulo di Richiesta di garanzia di pagamento dal nostro sito web:
www.allianzcare.com/it/risorse/risorse-per-gli-assicurati.html



Completi e inoltri il modulo compilato almeno **cinque giorni lavorativi** prima dell'inizio del suo trattamento tramite e-mail, fax o per posta usando i recapiti riportati sul modulo.



Contatteremo l'ospedale per organizzare il pagamento diretto del suo conto ospedaliero, ove possibile.



In casi d'emergenza:

Si sottoponga alle cure d'emergenza di cui ha immediato bisogno e ci contatti se ha bisogno che le forniamo assistenza.

Se viene ricoverato, ci informi entro 48 ore chiamando l'Helpline. Se Lei non è disponibile, può chiamarci anche il suo medico o un familiare. A quel punto possiamo richiedere le informazioni necessarie per la Richiesta di garanzia di pagamento al telefono.

Le informazioni necessarie per la Richiesta di garanzia di pagamento possono, quindi, essere fornite per telefono chiamando l'Helpline se l'inizio del suo trattamento è previsto in meno di 72 ore. Potremmo declinare il rimborso delle spese mediche se la pre-approvazione non viene richiesta.



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 su MyHealth (applicazione o portale) (www.allianzcare.com/it/accesso.html).

Deve solo fornire alcuni dati fondamentali, allegare le fatture e premere "Invio".



Evadiamo le sue richieste velocemente

Se la richiesta di rimborso è completa di tutti i dati richiesti, 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.

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" nel campo 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@e.allianz.com



Se ha bisogno di cure mediche negli Stati Uniti

Se ha "Mondo intero" come area geografica di copertura, le offriamo accesso facilitato alle cure mediche negli Stati Uniti attraverso il nostro amministratore di polizza locale.

Se ha bisogno di trattamenti negli Stati Uniti, mostri semplicemente la sua Tessera di assicurato al suo medico o in ospedale: il medico o l'ospedale contatteranno il nostro amministratore di polizza locale per sbrigare eventuali pratiche relative al suo ricovero o procedura sanitaria. La sua fattura medica verrà pagata da noi direttamente al suo medico o ospedale, laddove la sua procedura sanitaria è coperta dal suo programma. Se ci sono delle parti del costo fatturato che rimangono a suo carico (per esempio franchigie o scoperti), il suo medico o ospedale glielo faranno sapere.

Se ha delle domande o ha bisogno di assistenza in riferimento a trattamenti negli Stati Uniti, trova i recapiti telefonici sul retro della sua Tessera di assicurato.

Per le ricette del medico

A seconda del suo tipo di copertura, potrebbe avere accesso a Caremark, la catena statunitense di farmacie. Può ottenere farmaci e prodotti farmaceutici dalle farmacie Caremark senza pagare, dal momento che il costo è pagato direttamente da noi alla sua farmacia: per usufruire di questa opportunità, deve solo mostrare la sua Tessera di assicurato (se ne ha una con il logo Caremark che appare sul retro) o la Tessera Caremark (se gliene abbiamo inviata una separata e indipendente dalla sua Tessera di assicurato).

Quando mostra la sua Tessera di assicurato (o la Tessera Caremark) a un farmacista che appartiene alla catena Caremark, il farmacista sarà in grado di dirle se ci sono eventuali parti del costo delle medicine che deve pagare Lei direttamente (per esempio se c'è uno scoperto). Per favore si assicuri che le sua ricetta medica riporti la data di nascita della persona per la quale le medicine sono state prescritte.

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:

- **Scadenza per l'inoltro delle richieste di rimborso:** deve inviarci tutte le richieste di rimborso tramite MyHealth 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.
- **Compilazione delle richieste di rimborso:** deve compilare e inoltrare una richiesta di rimborso separata per ciascuna persona e per ciascuna patologia per le quali vuole ricevere un rimborso.
- **Documentazione di supporto:** quando allega documentazione di supporto (ad esempio, copie delle ricevute delle spese mediche), la preghiamo di conservare la copia originale. Abbiamo il diritto di richiederle le copie originali in qualsiasi momento fino a 12 mesi dopo il pagamento del rimborso. Potremmo inoltre richiederle un giustificativo del pagamento (ad esempio, un estratto conto bancario o della carta di credito) a supporto delle ricevute mediche che ha pagato. 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.
- **Franchigia:** se l'importo totale di tutte le fatture per cui ci vuole richiedere un rimborso è inferiore a quello della franchigia prevista dal suo programma, può:
 - conservare tutte le ricevute relative alle spese mediche fuori ricovero, fino a quando l'importo totale delle richieste di rimborso è superiore all'importo della franchigia;
 - oppure inviarci una richiesta di rimborso ogni volta che sostiene una spesa medica fuori ricovero. Quando l'importo totale delle richieste di rimborso risulterà superiore all'importo della franchigia, inizieremo a rimborsarle le spese.

Per favore allegghi tutta la relativa documentazione di supporto (ricevute e fatture) alle sue richieste di rimborso.

- **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.

- **Rimborsi:** rimborsiamo solamente le spese coperte entro i massimali previsti dalla sua polizza, dopo aver preso in considerazione eventuali pre-approvazioni richieste, ed eventuali franchigie e scoperti che potrebbero essere inclusi nel suo programma e perciò indicati nell'Elenco delle prestazioni.
- **Spese ragionevoli e consuetudinarie:** rimborsiamo solamente le spese mediche che sono "ragionevoli e consuetudinarie", ovvero conformi ai costi standard generalmente richiesti per una determinata procedura medica in un determinato Paese. Ci riserviamo il diritto di rifiutare o ridurre il rimborso, se consideriamo inappropriato l'ammontare richiesto.
- **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.
- **Fornire informazioni:** Lei e suoi familiari a carico accettate 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. Tutte le informazioni fornite saranno trattate con la massima riservatezza. Se Lei o i suoi familiari a carico non ci fornite le informazioni di cui abbiamo bisogno, ci riserviamo il diritto di sospendere la copertura.

Liquidazione dell'indennità per morte accidentale

Se la prestazione "Indennità per morte accidentale" è compresa nel suo programma, noti che la richiesta di liquidazione deve esserci inviata entro 90 giorni lavorativi dalla data di decesso della persona assicurata.

Ecco cosa deve inviarci:

- un modulo di Richiesta dell'indennità per morte accidentale, debitamente compilato;
- un certificato di decesso;
- un certificato medico che riporti le cause del decesso;
- un documento in cui si indichino la data, il luogo e le circostanze dell'incidente;
- documentazione ufficiale che indichi lo stato di famiglia della persona assicurata defunta (ad esempio: se è sposata o se ha dei figli);
- per i beneficiari dell'indennità, documenti d'identità e una certificazione della loro relazione di parentela con il defunto.

A meno che l'assicurato defunto non abbia nominato dei beneficiari di sua preferenza, i beneficiari dell'indennità di decesso sono i seguenti:

- il coniuge dell'assicurato, se non legalmente divorziato da questi;
- in mancanza di coniuge, i figli dell'assicurato defunto (figliastri, figli in adozione o in affidamento compresi) in vita alla data del decesso (i figli nati entro 300 giorni da tale data verranno considerati in vita). L'indennità verrà divisa in parti uguali tra di loro;
- in mancanza di coniuge e figli, i genitori dell'assicurato defunto. L'indennità verrà divisa in parti uguali tra di loro o verrà liquidata interamente a quello dei due ancora in vita;
- in mancanza di coniuge, figli e genitori, gli eredi dell'assicurato defunto.

Se desidera nominare un beneficiario diverso da quelli elencati sopra, può richiederlo contattando la nostra Helpline.

Nell'eventualità in cui la persona assicurata e uno dei suoi beneficiari o tutti i suoi beneficiari vengano a mancare nello stesso momento, la persona assicurata verrà ritenuta l'ultima ad essere deceduta.

Trattamenti medici necessari per colpa di terzi

Se ha bisogno di cure mediche per colpa di terzi, deve informarci per iscritto il più presto possibile (ad esempio, se ha bisogno di cure a seguito di un incidente stradale del quale è stato vittima). La preghiamo di fare quanto possibile per ottenere dalla persona responsabile tutti i dati della sua assicurazione, per permetterci di recuperare il costo delle spese mediche che le rimborsiamo dalla compagnia assicurativa della persona responsabile dell'accaduto.

Se ottiene da terzi il risarcimento delle spese mediche che le abbiamo rimborsato anche noi, deve restituirci l'ammontare del rimborso (con gli eventuali interessi).

Termini e condizioni della copertura



Termini e condizioni

In questa sezione trova tutte le informazioni sui termini e condizioni standard che si applicano alle prestazioni e alla copertura. Deve leggere questo documento unitamente al Certificato di assicurazione e all'Elenco delle prestazioni.

- Il **Certificato di assicurazione** le conferma i programmi e l'area geografica di copertura che la sua azienda ha scelto per Lei e per i suoi familiari (se inclusi nella polizza), oltre alla data di inizio e di rinnovo della copertura. Se la sua polizza è soggetta a valutazione dello stato di salute, nel Certificato trova anche eventuali condizioni speciali che si applicano alla sua copertura specifica. 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, o da Lei stesso (previa approvazione da parte della sua azienda, come nel caso dell'inclusione in copertura di un nuovo familiare a carico), o infine da noi ogni volta che dobbiamo aggiornare qualcosa relativa ai prodotti offerti.
- 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, a massimali, a periodi di carenza, a franchigie o a scoperti. 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

Quando inizia la copertura per Lei e i suoi familiari assicurati

La copertura è valida a partire dalla data di inizio indicata sul Certificato di assicurazione e continua fino alla data del rinnovo della polizza aziendale (anche questa indicata nel Certificato di assicurazione). Generalmente, il periodo di vigenza della polizza corrisponde ad un Anno assicurativo (se non diversamente concordato con la sua azienda o a meno che la sua polizza non sia iniziata durante il corso di tale Anno assicurativo). Al termine del periodo di vigenza della polizza, la sua azienda può rinnovare il contratto sulla base dei termini e condizioni dei prodotti assicurativi aziendali vigenti in quel momento. La sua copertura sarà soggetta a tali termini e condizioni.

La copertura di eventuali familiari a carico inizia dalla data di entrata in vigore indicata sul più recente Certificato di assicurazione che li elenca come familiari a carico. La copertura dei suoi familiari a carico continuerà ad essere attiva finché Lei continua ad essere coperto dal programma assicurativo aziendale (e finché i figli minorenni a carico non avranno superato i limiti d'età prestabiliti). I figli a carico possono essere coperti dalla sua polizza fino al compimento dei 18 anni d'età, oppure fino al compimento dei 26 anni d'età se sono studenti a tempo pieno. Una volta superato il limite d'età, i figli a carico possono richiedere di sottoscrivere una polizza privata indipendente a loro nome.

Inclusione di familiari a carico

Si sposa o sta per avere un bambino? Congratulazioni!

Può richiedere l'inclusione nella sua copertura di familiari a carico se il contratto stipulato dalla sua azienda con noi lo consente. Il procedimento varia a seconda del tipo di polizza aziendale che ha:

- Polizze con valutazione completa dello stato di salute;
- Polizze con moratoria;
- Polizze senza valutazione dello stato di salute;
- Polizze con continuazione di condizioni particolari da valutazione completa di stato di salute;
- Polizze con continuazione di condizioni particolari da moratoria.

Per sapere qual è la sua polizza, faccia riferimento al suo Certificato di assicurazione.

Può trovare la definizione dei tipi di polizza sopra elencati alla sezione “Definizioni” di questa guida.

Per aggiungere un familiare a carico, segua le modalità descritte a seguire della sua tipologia di polizza. Inoltre, se il familiare che desidera aggiungere alla sua polizza è un neonato, legga il paragrafo sui ‘Massimale per i trattamenti in ricovero dei neonati’.

Polizze con valutazione completa dello stato di salute e polizze con continuazione di condizioni particolari da valutazione completa di stato di salute

Può richiedere l’inclusione di un familiare nella sua polizza compilando un Modulo di sottoscrizione. Il familiare sarà sottoposto a valutazione dello stato di salute e, se al termine della valutazione la sua richiesta di copertura è accettata, la sua copertura avrà inizio a partire dalla data di accettazione.

Tuttavia, se il familiare da aggiungere alla polizza è un neonato, segua le indicazioni che seguono.

Come aggiungo un neonato alla mia polizza?

Mandi un’e-mail a underwriting@e.allianz.com entro quattro settimane dalla nascita e alleggi il certificato di nascita. Con l’eccezione di bambini nati da parto gemellare, includeremo il neonato nella sua polizza senza necessità di presentare una dichiarazione sul suo stato di salute se il genitore biologico (o il genitore committente, in caso di maternità surrogata) è assicurato con una nostra polizza per un periodo continuativo di almeno otto mesi. La copertura inizierà dal giorno della nascita.

Cosa succede se non vi comunico la nascita del bambino entro quattro settimane dalla nascita?

Il neonato sarà soggetto a valutazione dello stato di salute e, se accettato, la sua copertura avrà inizio solo a partire dalla data di accettazione.

Cosa succede se voglio aggiungere neonati frutto di parto gemellare?

I neonati frutto di parto gemellare saranno soggetti a valutazione dello stato di salute e, se accettati, la loro copertura avrà inizio solo a partire dalla data di accettazione.

Polizze con moratoria e polizze con continuazione di condizioni particolari da moratoria

Può richiedere l’inclusione di un familiare nella sua polizza compilando un Modulo di sottoscrizione. Se accettata, la copertura del familiare sarà soggetta a moratoria e inizierà a partire dalla data in cui Lei ci ha richiesto la sua inclusione, o da una data futura che Lei potrebbe preferire.

Tuttavia, se il familiare da aggiungere alla polizza è un neonato, segua le indicazioni che seguono.

Come aggiungo un neonato alla mia polizza?

Mandi un'e-mail a underwriting@e.allianz.com entro quattro settimane dalla nascita e alleggi il certificato di nascita. Con l'eccezione di bambini nati da parto gemellare, il neonato non sarà soggetto a moratoria e verrà incluso nella sua polizza se il genitore biologico (o il genitore committente, in caso di maternità surrogata) è assicurato con una nostra polizza per un periodo continuativo di almeno otto mesi. La copertura inizierà dal giorno della nascita.

Cosa succede se non vi comunico la nascita del bambino entro quattro settimane dalla nascita?

Può richiedere l'inclusione del neonato nella sua polizza compilando un Modulo di sottoscrizione. Se accettata, la copertura del familiare sarà soggetta a moratoria e inizierà a partire dalla data di accettazione.

Cosa succede se voglio aggiungere neonati frutto di parto gemellare?

Può richiedere l'inclusione di neonati frutto di parto gemellare nella sua polizza compilando un Modulo di sottoscrizione. Valuteremo le informazioni sul modulo e, se la copertura viene accettata, le confermeremo la data in cui siamo d'accordo a farla iniziare e se il neonato sarà soggetto o meno a moratoria.

Polizze senza valutazione dello stato di salute

Per aggiungere un familiare alla sua polizza, ne informi la sua azienda e la sua azienda se ne occuperà.

Tuttavia, se il familiare da aggiungere alla polizza è un neonato, segua le indicazioni che seguono.

Come aggiungo un neonato alla mia polizza?

I neonati (inclusi i neonati frutto di parto gemellare o nati da maternità surrogata, adottati e in affidamento) sono accettati in copertura a partire dalla nascita se veniamo informati della necessità di includerli nella polizza entro quattro settimane dalla nascita. Per richiedere l'inclusione, deve semplicemente chiedere alla sua azienda di inoltrare una richiesta scritta e allegare una copia del certificato di nascita.

Cosa succede se non informo la mia azienda della necessità di includere un neonato entro quattro settimane?

Se la richiesta di aggiungere un neonato nella sua copertura ci arriva oltre le quattro settimane, la copertura del neonato inizierà a partire dalla data in cui riceviamo la notifica.

Massimale per i trattamenti in ricovero dei neonati

Esiste un massimale per il rimborso dei trattamenti ospedalieri che avvengono nei primi tre mesi successivi alla nascita, se il neonato:

- è frutto di una maternità surrogata;
- è adottato;
- è in affidamento;
- è frutto di un parto gemellare a seguito di un programma di cure per la riproduzione assistita.

Il massimale è 24.900 £ / 30.000 € / 40.500 US\$ a neonato e si applica prima di ogni altro massimale o prestazione del suo programma. I trattamenti fuori ricovero, invece, sono coperti dal Programma fuori ricovero (se selezionato).

Cambiare Paese di residenza

È importante che notifihi la nostra Helpline e il suo Amministratore di polizza di gruppo se cambia Paese di residenza. Il cambio potrebbe avere un impatto sul premio o sulla sua copertura, anche se si trasferisce in un Paese incluso nella sua area geografica di copertura. 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. È sua responsabilità accertarsi che la sua copertura sanitaria sia idonea a fini di legge. Se dovesse avere dei dubbi in merito, le consigliamo di consultare un consulente legale, dal momento che potremmo trovarci nell'impossibilità di continuare ad offrirle copertura assicurativa. La copertura fornita da Allianz Care non è sostitutiva della copertura assicurativa sanitaria obbligatoria in vigore in determinati Paesi.

Cambiare indirizzo o indirizzo e-mail

Manderemo tutta la corrispondenza all'indirizzo che abbiamo registrato per Lei nel nostro sistema, a meno che non ci venga richiesto diversamente. Dovrà comunicarci il più presto possibile per iscritto qualsiasi variazione di indirizzo (casa, ufficio o e-mail).

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.

Rinnovo della copertura

Se la sua azienda paga il suo premio assicurativo, il rinnovo o meno della sua polizza (e di quella di eventuali familiari a carico) verrà deciso dalla sua azienda.

Se paga il suo premio assicurativo, la sua polizza (e quella di eventuali familiari a carico) viene automaticamente rinnovata per un altro Anno assicurativo se:

- possiamo continuare a fornirle copertura nel suo Paese di residenza;
- tutti i premi a noi dovuti sono stati pagati;
- i suoi dati di pagamento sono ancora validi alla data di rinnovo della polizza. Per favore, ci informi se cambia carta di credito oppure se i dati del suo conto bancario sono cambiati.

Termine della copertura

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

- il contratto vigente tra noi e la sua azienda non viene rinnovato al termine dell'Anno assicurativo;
- la sua azienda decide di cancellare o di non rinnovare la sua copertura;
- la sua azienda non paga il premio o qualsiasi altro saldo dovuto secondo i termini del Contratto aziendale;
- è Lei il responsabile del pagamento del premio e non lo ha pagato, o non ha pagato eventuali altri costi dovuti come da Contratto aziendale;
- smette di lavorare per la sua azienda;
- viene a mancare il titolare della polizza (cioè il dipendente assicurato che lavora per l'azienda).

Possiamo cancellare la sua copertura e quella dei suoi familiari a carico 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 del contratto. Tuttavia, i trattamenti medici che continua o inizia a ricevere dopo la data di scadenza della polizza, anche se iniziati durante il periodo di validità della copertura e anche se relativi ad altri trattamenti conclusi durante il periodo di validità della polizza, non saranno più coperti.

Per favore noti che, allo scadere della sua copertura, è sua responsabilità distruggere la sua tessera di assicurato e le tessere di eventuali suoi familiari a carico inclusi nella sua polizza. Se paghiamo trattamenti ricevuti da Lei o dai suoi familiari a carico dopo la data di scadenza della copertura, ci riserviamo il diritto di richiedere il rimborso dell'intero costo a Lei o alla sua azienda.

Come passare ad una polizza privata quando lascia la polizza della sua azienda

Se smette di essere coperto dal programma assicurativo aziendale, può sempre scriverci un'e-mail per richiedere il trasferimento ad uno dei nostri Programmi di assicurazione sanitaria internazionale per privati. La richiesta deve essere effettuata entro un mese dalla data in cui lascia la polizza aziendale. Per passare ad una polizza per privati, le potrebbe essere richiesto di sottoporsi ad una valutazione dello stato di salute. Se accettiamo la sua richiesta di copertura, la data di entrata in vigore della nuova polizza per privati corrisponderà al giorno successivo a quello in cui lascia il programma di gruppo.

@ individual.sales@allianzworldwidecare.com

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. Deve provvedere al pagamento del **premio iniziale**, o della sua prima rata, non appena accettiamo di fornirle copertura 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.

Chi è coperto: solo i dipendenti dell'azienda ed i loro familiari a carico che rientrano nel profilo descritto nel Contratto aziendale hanno diritto alla copertura.

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. Questo procedimento si chiama surrogazione.

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 assisterla. Tuttavia, non siamo responsabili per ritardi o mancanze nell'esecuzione dei nostri obblighi nei suoi confronti nel caso di eventi di forza maggiore 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.

Cancellazione della polizza e frode:

- a) Per le **polizze con valutazione del rischio assicurativo**: le informazioni che Lei e i suoi familiari a carico ci fornite, ad esempio attraverso il Modulo di richiesta di sottoscrizione, devono essere complete e accurate. Se le informazioni non sono corrette o non ci comunica dati importanti che possono influire sulla nostra valutazione del rischio assicurativo, la sua polizza potrebbe essere annullata a partire dalla data di entrata in vigore. Deve informarci di tutte le patologie che si manifestino nel periodo compreso tra la compilazione del Modulo di richiesta di sottoscrizione e la data di inizio della polizza. Le patologie che non dichiara potrebbero non essere coperte. Se non è sicuro che determinate informazioni siano rilevanti per la valutazione del rischio assicurativo, la preghiamo di chiamarci e lo chiariremo per Lei.
- b) Se ha una **polizza con moratoria**, la moratoria si applica anche quando dichiara nel modulo apposito di avere delle patologie preesistenti. Abbiamo il diritto di applicare nuovi termini al suo programma, dichiararlo nullo o cancellarlo o ancora ridurre o declinare il pagamento di eventuali richieste di rimborso di spese mediche, se nella sua storia clinica si aggiungono nuovi elementi che determinano un cambio significativo del rischio assicurativo.
- c) 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 vostra 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.

Utilizzo del servizio Medi24: la linea di consulenza Medi24 e le sue informazioni e risorse relative alla salute sono estremamente utili, ma non sono sostitutive delle consulenze, prescrizioni, indicazioni ed assistenza fornite dal suo medico. La consulenza offerta da questo servizio non ha finalità diagnostiche o terapeutiche. Deve sempre rivolgersi al suo medico prima di sottoporsi a qualsiasi trattamento o se ha delle domande su una patologia. Non siamo responsabili per eventuali reclami, perdite o danni direttamente o indirettamente derivanti dall'utilizzo di Medi24 o dalle informazioni e servizi forniti tramite questa linea di consulenza. Le chiamate a Medi24 vengono registrate e potrebbero essere monitorate a fini di formazione del personale, di controllo della qualità e a fini regolamentari.

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@e.allianzcom**

 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. 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 della sua polizza (la trova indicata nel Certificato di assicurazione) e termina alla data di scadenza del Contratto aziendale. L'Anno assicurativo successivo coincide con quello definito nel Contratto aziendale.

Assicurato

Lei e i suoi familiari a carico elencati sul Certificato di assicurazione.

Assistenza infermieristica domiciliare o in convalscenziario

Assistenza infermieristica prestata subito dopo un trattamento in ricovero ospedaliero o in day-hospital, o in alternativa a questo. L'assistenza infermieristica domiciliare o in convalscenziario è coperta solo se appare elencata nell'Elenco delle prestazioni e se il medico curante del paziente dichiara il soggiorno in convalscenziario o l'assistenza di un infermiere presso il domicilio medicalmente necessari. Questa prestazione deve inoltre essere approvata

dal nostro Direttore medico. Non sono coperte le spese per soggiorni in centri termali e centri di cura e benessere, e non sono coperti i trattamenti palliativi e i trattamenti a lungo termine.

Azienda

Il suo datore di lavoro, 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.

Chirurgia dentale

Estrazione chirurgica di denti o altro procedimento chirurgico odontoiatrico (ad esempio, l'apicectomia) e 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.

Chirurgia preventiva

Si riferisce alla mastectomia profilattica e alla ovariectomia profilattica, che sono coperte quando:

- ci sono dei precedenti nella storia clinica della sua famiglia che includono una malattia relazionata a una sindrome oncologica ereditaria, come ad esempio il tumore alla mammella o il carcinoma ovarico, e;
- i test genetici da lei compiuti hanno dimostrato la presenza della sindrome oncologica ereditaria.

Circoncisione elettiva per neonati di sesso maschile

Costi della procedura chirurgica per la circoncisione elettiva di neonati di sesso maschile entro 30 giorni dalla nascita, oltre che di qualsiasi visita medica successiva necessaria.

Compagnia assicurativa

Allianz Care.

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: diabete gestazionale, preeclampsia e mola idatiforme. La gravidanza extrauterina, l'aborto spontaneo e le minacce d'aborto sono coperte dalle prestazioni non specificatamente relative alla maternità.

Complicanze del parto

Parto cesareo necessario dal punto di vista medico, emorragia post-parto e mancata espulsione della membrana placentare.

Concepimento assistito

Gravidanza ottenuta attraverso trattamenti contro la sterilità (come ad esempio la fecondazione artificiale, la fecondazione in vitro o qualsiasi altra tecnica o metodo di concepimento artificiale), o gravidanza che inizia entro un mese dall'aver assunto farmaci contro la sterilità.

Coniuge/compagno

Persona con cui convive in un rapporto di coppia da un periodo continuativo di almeno 12 mesi.

Continuazione di condizioni particolari

Continuazione, nella polizza che acquista da noi, delle stesse condizioni particolari che aveva nella sua polizza precedente, acquistata da un'altra compagnia assicurativa. Le condizioni particolari includono eventuali esclusioni speciali o supplementi del premio applicati dal suo precedente assicuratore. Se le sue condizioni di copertura sono "Continuazione di condizioni particolari", non applicheremo alla sua polizza nessun'altra condizione particolare da parte nostra, oltre a quelle che già aveva. La "Continuazione di condizioni particolari" può essere "da moratoria" (se la sua polizza precedente era una polizza con moratoria), o "da valutazione completa dello stato di salute" (se la sua polizza precedente era una polizza con valutazione completa dello stato di salute). Per maggiori informazioni, veda le definizioni di "Continuazione di condizioni particolari (da moratoria)" e "Continuazione di condizioni particolari (da valutazione completa dello stato di salute)".

Continuazione di condizioni particolari (da moratoria)

Continuazione, nella polizza che acquista da noi, delle stesse condizioni particolari derivanti da moratoria, le quali aveva nella sua polizza precedente, acquistata da un'altra compagnia assicurativa. La copertura fornita dalla polizza acquistata da noi sarà tuttavia soggetta alle prestazioni del suo programma e ai nostri termini e condizioni di polizza.

Continuazione di condizioni particolari (da valutazione completa dello stato di salute)

Continuazione, nella polizza che acquista da noi, delle stesse condizioni particolari derivanti dalla valutazione completa dello stato di salute che aveva nella sua polizza precedente, acquistata da un'altra compagnia assicurativa. La copertura fornita dalla polizza acquistata da noi sarà tuttavia soggetta alle prestazioni del suo programma e ai nostri termini e condizioni di polizza.

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.

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

Costi di pernottamento in ospedale per un genitore o un tutore legale, durante tutto il periodo di ricovero del minore che riceve trattamenti coperti dalla polizza. Qualora non siano disponibili posti letto in ospedale, copriremo 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.

Cure d'emergenza al di fuori dell'area geografica di copertura

Questa prestazione copre le spese mediche che si dovessero rendere necessarie in una situazione di emergenza sanitaria, durante un viaggio di lavoro o vacanza in Paesi al di fuori dell'area geografica di copertura. La copertura è per un periodo massimo di sei settimane per viaggio, fino al massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni; include i trattamenti necessari a seguito di un incidente o improvviso sopraggiungere o aggravamento di una malattia acuta che presenta un'immediata minaccia per la salute. Per essere coperte da questa prestazione, le cure mediche devono essere prestate da un medico entro 24 ore dal verificarsi dell'emergenza. La prestazione si riferisce esclusivamente alle cure di emergenza, non includendo, quindi, le cure necessarie dopo che l'emergenza è stata arginata, anche quando il paziente non sia in condizioni di trasferirsi in un Paese compreso nella propria area di copertura per ricevere trattamento. La copertura non si estende nemmeno a spese correlate alla maternità, alla gravidanza, al parto o a

complicanze della gravidanza o del parto. Se ha in programma di trascorrere un periodo superiore alle sei settimane fuori dalla sua area di copertura, deve darne notizia.

Cure del neonato

I seguenti esami, procedure diagnostiche e trattamenti che si rendono necessari dopo la nascita:

- accertamenti medici di routine miranti a valutare l'integrità delle funzioni basilari degli organi e della struttura scheletrica del neonato;
- un esame dell'udito;
- screening neonatale per la fenilchetonuria (PKU), l'ipotiroidismo congenito e la carenza di glucosio-6-fosfato deidrogenasi (G6PD);
- profilassi vaccinale per la vitamina K, l'epatite B e la tubercolosi (BCG).

Dalla copertura sono escluse ulteriori procedure diagnostiche o preventive, quali tamponi faringei o test ematici. Tuttavia, se per ragioni mediche il suo bambino ha bisogno di un trattamento o test ulteriore alle cure di base, questi saranno coperti dalla polizza specifica del bambino (se è stato aggiunto alla polizza come familiare a carico). I trattamenti in regime di ricovero necessari per neonati frutto di parti gemellari a seguito di trattamenti di riproduzione assistita, o neonati frutto di maternità surrogata, o neonati adottati/in affidamento sono coperti fino a un massimo di 24.900 £ / 30.000 € / 40.500 US\$ per neonato per i primi tre mesi di vita: questo limite massimo si applica prima di qualsiasi altro massimale o prestazione del programma. I trattamenti fuori ricovero, invece, sono coperti dal Programma fuori ricovero (se selezionato).

Cure dentali

Un check-up dentistico annuale, le otturazioni, la cura della carie, il trattamento del canale della radice ed i farmaci odontoiatrici prescritti.

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. Tuttavia, se la sua polizza include un Programma di cure dentali, questo coprirà le spese mediche eccedenti il massimale della prestazione "Cure dentali d'emergenza fuori ricovero" (fino ai massimali ed entro i termini e le condizioni del Programma di cure dentali).

Cure dentali d'emergenza in regime di ricovero

Cure dentali di emergenza che si rendono necessarie a causa di un grave incidente, tale da richiedere il ricovero ospedaliero. Le cure devono essere prestate entro 24 ore dal verificarsi dell'emergenza. Questa prestazione non copre le cure dentali di routine, gli interventi chirurgici odontoiatrici, le protesi dentali, i trattamenti ortodontici o le cure parodontali, che però potrebbero essere coperte separatamente da altre prestazioni specifiche elencate nell'Elenco delle prestazioni.

Cure dentali fuori ricovero

Prestazione che copre le cure dentali fuori ricovero necessarie come continuazione del trattamento ricevuto in ricovero ospedaliero, relativamente a un danno accidentale a denti naturali. Le cure sono coperte quando richieste nei 90 giorni successivi alla dimissione dall'ospedale. La copertura include le spese per l'acquisto e l'applicazione di impianti dentali.

Cure di 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. Se la sua polizza include un Programma fuori ricovero, questo coprirà le spese mediche eccedenti il massimale della prestazione "Cure d'emergenza fuori ricovero" (fino al massimale e entro i termini e le condizioni del Programma fuori ricovero).

Cure parodontali

Trattamenti dentali correlati ai disturbi gengivali.

Cure per i disturbi dell'alimentazione

Combinazione di metodi, tecniche e protocolli di psicoterapia, che includono la terapia cognitivo-comportamentale, il monitoraggio medico, la prescrizione di farmaci e il counseling sulla nutrizione per il trattamento dell'anoressia nervosa, bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata. Copriamo queste cure quando sono prestate in regime di ricovero o day-hospital e solo se includono la prescrizione di farmaci per il trattamento del disturbo. A seconda del suo programma, Lei potrebbe avere anche copertura per ricevere le stesse cure fuori ricovero, ma in questo caso è necessario avere l'impegnativa del medico per accedere alla copertura; inoltre, la copertura è inizialmente limitata a 10 sedute per disturbo. Dopo ogni 10 sedute, uno psichiatra deve valutare il progresso del trattamento e, se sedute aggiuntive sono necessarie a quel punto, deve inviarci un certificato medico che indica la diagnosi e la necessità di ulteriori sedute.

Cure per l'HIV o l'AIDS

Visite mediche, analisi e cure in regime di ricovero e ambulatoriali correlate ad una diagnosi di Virus dell'Immunodeficienza Umana (HIV) o Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS). Se questa prestazione è inclusa nel suo programma, la troverà elencata nel suo Elenco delle prestazioni.

Cure per l'autismo

Gamma di terapie mirate a migliorare le capacità di una persona autistica – ciò include trattamenti medici specialistici e programmi comportamentali accreditati. Le cure per l'autismo sono coperte come parte della prestazione "Cure psichiatriche e psicoterapia", che è inclusa nel Programma fuori ricovero (se ne ha uno). Legga l'Elenco delle prestazioni per verificare se si applicano massimali alla prestazione. Le spese di ingresso, soggiorno e cure in day-hospital in centri educativi specializzati non sono coperte.

Cure post-natali

Cure mediche di routine necessarie per la puerpera durante le sei settimane dopo il parto.

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 ad un'amniocentesi da noi coperta).

Cure psichiatriche e psicoterapia

Trattamenti necessari per disturbi mentali, del comportamento e della personalità, che includono l'autismo e i disturbi dell'alimentazione. I trattamenti sono coperti quando sono amministrati da uno psichiatra, psicologo clinico o psicoterapeuta qualificato e quando si riferiscono a una patologia clinica il cui trattamento è necessario dal punto di vista medico. Se le cure psichiatriche o la psicoterapia sono effettuate in ricovero o in day-hospital, devono includere anche i farmaci prescritti per la cura della patologia. La psicoterapia fuori ricovero (se coperta dal suo programma) è coperta se richiesta su impegnativa di un medico: la copertura si limita inizialmente a 10 sedute. Dopo ogni 10 sedute, uno psichiatra deve valutare il progresso del trattamento e, se sedute aggiuntive sono necessarie a quel punto, l'assicurato deve inviarti un certificato medico che indica la diagnosi e la necessità di ulteriori sedute.

Il counseling è disponibile accedendo al Programma di assistenza per dipendenti. Si riferisce a interventi mirati e a breve termine, relativi in genere a problemi presenti e facilmente risolvibili ad un livello conscio. Il counseling non è inteso per situazioni a lungo termine o come trattamento per le patologie cliniche. Il Programma di assistenza per i dipendenti può aiutare l'assicurato e i suoi familiari a superare molte situazioni difficili della vita, come stress, ansia, un lutto, problemi sul posto di lavoro, difficoltà nei rapporti affettivi, problemi di adattamento culturale, isolamento e solitudine. Per maggiori informazioni, consulti la sezione sul Programma contenuta in questa guida.

D

Data di entrata in vigore della copertura

Data in cui la sua copertura inizia, così come indicata nel Certificato assicurativo.

Data di inizio della polizza

Data in cui la sua polizza è iniziata, o re-iniziata in caso di interruzioni nella copertura.

Dente naturale

Dente che fa parte della dentatura originale e che non è stato impiantato o sostituito.

Disforia di genere

Malessere percepito da una persona a causa dell'incongruenza tra il sesso in cui si riconosce e il sesso assegnatogli alla nascita.

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 le 24 ore dall'evento che le ha determinate.

Esame annuale dell'udito

Esami/controlli effettuati o prescritti da uno specialista e che vengono eseguiti senza che si sia manifestato alcun sintomo clinico. Se questa prestazione è inclusa nel suo programma, copriremo le spese per un esame per Anno assicurativo. Sono coperti i seguenti servizi:

- visite mediche;
- esame audiometrico tonale;
- timpanometria.

Esami pre-operatori

Esami di diagnostico effettuati nelle 72 ore che precedono una procedura medica in regime di ricovero o in day-hospital coperta dal suo programma.

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 no nel suo Paese di origine) tramite ambulanza, elicottero o aereo. L'evacuazione deve essere richiesta dal suo medico e il trasporto viene gestito nel modo più economico possibile considerando le sue condizioni di salute. Una volta terminato il trattamento nel Paese in cui è stato evacuato, copriamo anche il costo del viaggio in classe economica per ritornare nel suo Paese principale di residenza.

Se per ragioni mediche non può viaggiare o essere evacuato dopo la dimissione dall'ospedale in cui ha appena ricevuto un trattamento in ricovero, copriremo il costo ragionevole del soggiorno in 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 dove deve ricevere il trattamento e 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 attrezzature trasfusionali sterili. La compagnia assicurativa e 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 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.

Noti che Lei potrebbe avere copertura anche per la prestazione "Evacuazione medica in casi non di emergenza", nel qual caso la prestazione apparirà nel suo Elenco delle prestazioni.

F

Familiare a carico

È il suo coniuge o compagno/a (anche dello stesso sesso) e/o i suoi figli non sposati (anche se figliastri, in adozione o in affidamento) di età inferiore ai 18 anni, o ai 26 anni se studenti a tempo pieno, finanziariamente dipendenti da Lei ed indicati come familiari a carico nel Certificato di assicurazione.

Farmaci odontoiatrici prescritti

Farmaci prescritti da un dentista per il trattamento di un'infiammazione o infezione 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.

Fisioterapia post-ricovero

Fisioterapia necessaria nei 90 giorni che seguono la dimissione dall'ospedale, relativamente a un trattamento ricevuto in ospedale o day-hospital di una durata di non più di tre giorni.

Fisioterapia su prescrizione medica

Trattamento (eseguito da un fisioterapista abilitato) per il quale ha la prescrizione del suo medico. La fisioterapia (tanto prescritta, quanto nella combinazione di prescritta e non prescritta) è inizialmente limitata a 12 sedute per patologia, in seguito alle quali deve fare a un'ulteriore visita di controllo con il medico che le ha prescritto la fisioterapia. Se risulta che ha bisogno di sedute aggiuntive di fisioterapia, dovrà inviarci un certificato medico che ci informi sul progresso della terapia dopo ogni ciclo di 12 sedute, e che ci indichi che il trattamento continua ad essere necessario dal punto di vista medico. La fisioterapia non include il Rolwing, i massaggi, il metodo Pilates, il metodo Milta e la fangoterapia.

Franchigia

Chiamata anche "eccesso" nel linguaggio assicurativo. È la parte delle spese mediche che rimane a suo carico e che deduciamo dalla cifra che le rimborsiamo.

Se si applicano al suo programma, tutte le franchigie sono intese per assicurato e per Anno assicurativo, se non diversamente specificato nell'Elenco delle prestazioni.

G

Gravidanza

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



Impianti dentali

Protesi direttamente collegate o ancorate all'osso della mandibola o del cranio per fare da supporto a protesi dentali, come ad esempio corone, ponti o dentiere fisse. Ha copertura per gli impianti dentali se nel suo Elenco delle prestazioni compare la prestazione "Impianti dentali".

Indennità di ricovero

Somma prestabilita che paghiamo quando riceve un trattamento in ricovero che è coperto dalla polizza, ma per il quale non può reclamarci un rimborso in quanto, nel Paese in cui lo riceve, il trattamento è gratuito (cioè sovvenzionato interamente dallo Stato) e quindi Lei non sostiene alcuna spesa. Dato che non paga alcun importo all'ospedale e non c'è una fattura da presentarci, non può richiedere il rimborso delle spese a noi o a un'eventuale altra assicurazione che ha sottoscritto. In questo caso può richiedere il rimborso dell'indennità di ricovero, la cui somma prestabilita è indicata sull'Elenco delle prestazioni e viene pagata solo dopo la dimissione dall'ospedale.

Indennità per morte accidentale

Corrisponde ad una cifra indicata nell'Elenco delle prestazioni che pagheremo se l'assicurato (di età compresa tra i 18 e i 70 anni), durante il periodo di vigenza della sua assicurazione, viene a mancare in conseguenza di un incidente (infortunio sul lavoro incluso).

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.



Logopedia

Cure dispensate da un logopedista qualificato, necessarie per diagnosticati 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).



Massimale "in tutto il corso della vita"

La dicitura "in tutto il corso della vita" potrebbe comparire di fianco a certi massimali nel suo Elenco delle prestazioni, per indicare che in quel caso il massimale della prestazione corrisponde alla cifra totale che pagheremo per quella prestazione, anche se la stessa prestazione è contenuta in vari programmi che Lei potrebbe avere, e anche se c'è un'interruzione nella sua copertura.

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 postnatali della madre, l'onorario dell'ostetrica (solamente per l'assistenza durante il parto) e le cure per il neonato (vedere la definizione "Cure del neonato" per verificare cosa copre questa prestazione e quali sono i termini applicabili a bambini adottati o in affidamento o nati da maternità surrogata o da parto gemellare come risultato di trattamenti di riproduzione assistita). Da notare che i costi delle ecografie 3D e 4D sono coperti solo fino alla cifra corrispondente alla spesa per un'ecografia in 2D. 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 massimali della prestazione "Maternità"). Il taglio cesareo necessario da un punto di vista medico è pagato nell'ambito della prestazione "Complicanze del parto".

Medicinali e bendaggi prescritti

Farmaci prescritti da un medico per:

- curare una patologia diagnosticata;
- integrare sostanze basilari nell'organismo.

I farmaci devono essere di comprovata efficacia per curare la patologia diagnosticata del paziente. Devono inoltre essere approvati dall'autorità regolatrice in materia farmacologica del Paese in cui usa la prescrizione. Per accedere alla copertura di questa prestazione, i suoi farmaci devono essere prescritti, anche se legalmente la prescrizione non è necessaria per acquistarli nel Paese in cui si trova. Ha copertura per acquistare la dose necessaria fino a tre mesi dalla data della prescrizione, a meno che la sua copertura non abbia termine prima di tale data.

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 dentista

Persona che:

- ha una laurea in odontoiatria e/o in chirurgia orale rilasciata da un'università di medicina o di odontoiatria competente e riconosciuta dall'ente professionale accreditato applicabile, e;
- ha l'abilitazione per praticare la professione di odontoiatra o chirurgo orale rilasciata dall'autorità competente nel Paese in cui il trattamento viene offerto.

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 esperienza, tali da consentirgli l'esercizio di tecniche diagnostiche, terapeutiche e preventive in campi specifici della medicina.

Moratoria

Periodo di carenza di 24 mesi che comincia o nella data d'inizio della polizza o nella data indicata nella sezione per le condizioni speciali del suo Certificato di assicurazione. Solo alla scadenza del periodo di carenza l'assicurato può iniziare a richiedere rimborsi di spese mediche relative a patologie preesistenti. La moratoria si riferisce anche a polizze con continuazione di condizioni particolari (da moratoria). Allo scadere del periodo di carenza di 24 mesi, le patologie preesistenti potrebbero diventare coperte dalla polizza, purché l'assicurato non abbia avuto sintomi, necessitato o ricevuto cure, abbia assunto farmaci, abbia condotto una dieta speciale o abbia seguito dei consigli del medico in riferimento alla patologia pre-esistente del caso durante il periodo di carenza.

N

Necessità medica

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

- sono essenziali per identificare o curare la patologia, malattia o lesione del paziente;
- sono compatibili con la sintomatologia, la diagnosi o la terapia;
- 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;
- sono necessari per motivi che esulano dalla semplice comodità e convenienza del paziente e/o del medico;
- sono di indubbio e dimostrato valore medico. Ciò non si applica ai metodi di medicina alternativa se coperti dalla polizza;
- sono riconosciuti come i più appropriati in quanto a tipologia e qualità;
- sono forniti in una struttura appropriata, in un ambiente appropriato e con un livello appropriato di assistenza per il trattamento della patologia del paziente;
- 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.

Network di medici e ospedali

Medici, specialisti, ospedali e altre strutture sanitarie con i quali abbiamo degli accordi per il pagamento diretto delle sue spese mediche coperte.



Obesità

La diagnosi di obesità subentra nelle persone il cui indice di massa corporea (IMC) risulta superiore a 30 (un calcolatore dell'IMC è disponibile sul sito: www.allianzcare.com/it/risorse/salute-ed-il-benessere/calcolatore-dell-indice-di-massa-corporea.html).

Occhiali e lenti a contatto prescritti (esame della vista incluso)

La prestazione copre l'acquisto di lenti a contatto o occhiali necessari alla correzione della vista. La prestazione include anche il rimborso di una visita oculistica di routine per Anno assicurativo presso un oculista, optometrista o oftalmologo.

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. È coperto anche il costo di manufatti protesici esterni per scopi cosmetici, per esempio una parrucca in caso di perdita di capelli oppure un reggiseno per protesi in conseguenza di un cancro al seno.

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 patologie diagnosticate e coperte dal programma.

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.

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.

Opinione generale

Opinione o indicazione di un ente medico accreditato appropriato in merito a una patologia o trattamento medico che conferma e giustifica, dal nostro ragionevole punto di vista, una pratica clinica o procedimento medico.

Opinione medica

Opinione, indicazione o informazione di natura medica data da un medico professionista.

Ortodonzia

Correzione della malocclusione e dell'allineamento dei denti per mezzo di apparecchi correttivi. Sono coperti solo i trattamenti ortodontici che soddisfano i criteri di necessità medica descritti a seguire. Poiché i seguenti criteri sono molto tecnici, le consigliamo di contattarci prima di iniziare il trattamento per verificare se il trattamento da Lei richiesto soddisfa i criteri della copertura.

Criteri di necessità medica:

- overjet aumentato maggiore di 6 mm ma minore o uguale a 9 mm;
- overjet negativo maggiore di 3,5 mm ma senza difficoltà masticatorie o di linguaggio;
- crossbite anteriore e posteriore con discrepanze maggiori di 2 mm tra la posizione retrusa di contatto e la massima intercuspide;
- gravi spostamenti dei denti > 4;
- open bite anteriore e laterale estremi maggiori di 4 mm;
- overbite aumentato e completo con trauma gengivale o palatale;
- ipodonzia meno estesa che richiede ortodonzia pre-restaurativa o chiusura degli spazi ortodontici per ovviare alla necessità di una protesi;
- crossbite linguale posteriore con nessun contatto occlusale funzionale in uno o entrambi i segmenti vestibolari;
- overjet negativo maggiore di 1 mm ma minore o uguale a 3,5 mm con difficoltà masticatorie e di linguaggio obiettive;
- denti parzialmente erotti, tippati e impattati contro i denti adiacenti;
- presenza di denti soprannumerari.

Deve inviarcì alcune informazioni di supporto per dimostrare che il suo trattamento è necessario dal punto di vista medico e quindi coperto dal programma. Le informazioni di supporto necessarie (a seconda del caso) possono includere, ma non si limitano a, i seguenti documenti:

- una relazione medica rilasciata dallo specialista, contenente la diagnosi (tipo di malocclusione) e una descrizione dei sintomi del paziente causati dal problema ortodontico;
- il programma di trattamento indicante la durata stimata del trattamento, il costo stimato e il tipo/materiale dell'apparecchio utilizzato;
- il tipo di pagamento concordato con il medico;
- la prova dell'avvenuto pagamento del trattamento ortodontico;
- le fotografie della mandibola e della mascella che mostrano chiaramente la dentizione prima del trattamento;
- le fotografie cliniche della mandibola e della mascella in occlusione centrale con vista frontale e laterale;
- ortopantomogramma (radiografia panoramica);
- radiografia del profilo (radiografia cefalometrica);
- eventuali altri documenti necessari per valutare la richiesta di rimborso.

Sono coperti solo i trattamenti di ortodonzia che prevedono l'uso di apparecchi fissi metallici standard o di apparecchi rimovibili standard. Tuttavia, il costo delle protesi dentali cosmetiche come gli apparecchi linguali e gli allineatori invisibili è coperto fino ad un ammontare pari all'usuale costo degli apparecchi dentali metallici (soggetto al massimale della prestazione "Trattamenti ortodontici").

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 di origine

Paese di cui ha un passaporto valido o il suo Paese di residenza principale.

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.

Pagamento diretto delle spese mediche

Pagamento delle sue spese mediche direttamente da parte nostra al medico o struttura sanitaria che fa parte del nostro network di medici e ospedali.

Patologia acuta

Patologia che si soffre per un periodo di tempo limitato e circoscritto, che ha una chiara e definitiva conclusione e che (dal nostro ragionevole punto di vista) in base all'opinione medica generale può essere risolta con gli adeguati trattamenti.

Patologie congenite

Anomalie, deformità, malattie, patologie, malformazioni, difetti, lesioni o disfunzioni che sono ereditarie oppure acquisite prima di o durante la nascita. Le patologie congenite sono diagnosticate alla nascita oppure dopo, durante la vita.

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;
- invalidità permanente.

Per verificare se le patologie croniche sono coperte dalla sua polizza o no, consulti la sezione "Note" del suo Elenco delle prestazioni.

Patologie preesistenti

Patologie di cui uno o più sintomi si sono manifestati nel corso della sua vita o di quella di uno dei suoi familiari a carico, indipendentemente dal fatto che siate ricorsi a un medico o no. Riterremo che una patologia in riferimento alla quale si sollecita un rimborso è preesistente ogni volta che possiamo ragionevolmente presumere che Lei o i suoi familiari a carico ne foste a conoscenza prima dell'inizio della copertura.

Quanto segue si applica alla sua polizza se nel suo Certificato di assicurazione indichiamo che le sue condizioni di copertura sono "Valutazione completa dello stato di salute" o "Continuazione di condizioni particolari (da valutazione completa dello stato di salute)":

Le nostre polizze normalmente coprono le patologie preesistenti, a meno che le comunichiamo diversamente per iscritto prima dell'inizio della sua copertura.

Considereremo preesistenti anche le patologie che si manifestano nel periodo compreso tra la compilazione del modulo di sottoscrizione e la data tra le due indicate di seguito che si verifica per ultima:

- la data in cui abbiamo emesso il suo Certificato di assicurazione o;
- la data di inizio della sua copertura.

Le patologie preesistenti che si manifestano nel periodo sopra indicato sono soggette al procedimento di valutazione dello stato di salute e, se non le dichiara, non verranno coperte. Consulti la sezione "Note" del suo Elenco delle prestazioni per confermare se le patologie preesistenti sono coperte dalla sua polizza.

Quanto segue si applica alla sua polizza se nel suo Certificato di assicurazione indichiamo che le sue condizioni di copertura sono "Con moratoria" o "Continuazione di condizioni particolari (da moratoria)":

Le patologie preesistenti non sono coperte se una o più delle situazioni che seguono si sono verificate nei 24 mesi successivi alla data di inizio della sua polizza (o alla data indicata nel suo Certificato di assicurazione):

- si prevedeva ragionevolmente che la patologia si sarebbe manifestata dopo la data di inizio della sua copertura;
- la patologia si è chiaramente manifestata;
- ha avuto sintomi o segni della patologia;
- ha chiesto consiglio medico relativo a questa patologia;
- si è sottoposto a trattamento per questa patologia;
- era a conoscenza di avere questa patologia.

A conclusione del periodo di carenza di 24 mesi, le patologie preesistenti potrebbero diventare coperte per la sua polizza a condizione che Lei non abbia avuto sintomi, non si sia sottoposto a cure mediche, non abbia assunto farmaci, non abbia seguito una dieta speciale o altre indicazioni mediche, o abbia avuto qualsiasi altro segno della patologia preesistente.

Patologie relazionate

Lesione, malattia o disordine che, in base all'opinione medica o all'opinione generale, determiniamo essere il risultato di una o più altre patologie.

Periodo di carenza

Periodo decorrente dalla data di inizio della sua copertura (o data di entrata in vigore della copertura per i suoi familiari a carico), durante il quale non ha diritto alla copertura di una determinata prestazione. Le prestazioni soggette a periodi di carenza vengono indicate nell'Elenco delle prestazioni. Il periodo di carenza non si applica alle polizze senza valutazione dello stato di salute.

Polizze con moratoria

Polizze per le quali non valutiamo la storia clinica degli assicurati quando fanno domanda di copertura. L'assicurato è coperto per tutte le spese rilevanti incluse dalla sua copertura, che è soggetta ai termini e condizioni della polizza. Tuttavia, eventuali richieste di rimborso relative a patologie preesistenti sono soggette a moratoria (vedi definizione).

Polizze con valutazione completa dello stato di salute

Polizze per le quali richiediamo agli assicurati di fornire informazioni dettagliate sulla propria storia clinica quando fanno domanda di copertura. Prima di poterla confermare, viene valutata la storia clinica per determinare il tipo di rischio assicurativo. Sulla base della valutazione del rischio assicurativo, potremmo confermare la copertura con esclusione di alcune prestazioni e/o un aumento del premio. Le spese mediche relative a patologie preesistenti sono coperte in base ai termini offerti dal nostro Ufficio valutazione dello stato di salute e alle prestazioni, ai termini e alle condizioni della polizza.

Polizze senza valutazione dello stato di salute

Polizze che non richiedono agli assicurati di fornire informazioni preliminari sul loro stato di salute al momento dell'adesione in quanto non viene effettuata la valutazione preliminare della loro storia clinica. Le spese mediche relative a patologie preesistenti sono coperte in base alle prestazioni, ai termini e alle condizioni della polizza.

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.

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.

Prevedibile

Si riferisce a una patologia che nella nostra ragionevole opinione c'era da aspettarsi che l'assicurato avrebbe avuto.

Professionista della salute mentale

Medico che opera nel ramo della salute e igiene mentale, nel counseling o per i servizi sociali e il cui lavoro è mirato al trattamento di problemi e disturbi mentali.

Protesi dentali

Corone, capsule, otturazioni, ricostruzioni adesive, restauri, ponti, dentiere ed impianti, nonché tutti i trattamenti supplementari necessari. Gli impianti dentali non sono coperti dalla prestazione "Protesi dentali", ma potrebbero essere inclusi nella sua copertura se la prestazione separata "Impianti dentali" appare nel suo Elenco delle prestazioni.



Ricostruzione chirurgica

Serve per il ripristino delle funzionalità o dell'aspetto a seguito di un incidente con conseguenze gravi per l'aspetto o di un intervento chirurgico oncologico. Questa prestazione è disponibile se anche il trattamento per l'incidente o la chirurgia oncologica iniziale sono coperti dalla polizza.

Rimpatrio della salma

Trasporto della salma al Paese d'origine della persona assicurata. Se il decesso avviene nel Paese d'origine dell'assicurato, è coperto il trasporto della salma al luogo di sepoltura o cremazione; oppure è coperto il trasporto verso un altro Paese d'origine nel caso in cui ne esista più di uno. 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 a eventuali accompagnatori, a meno che queste non siano contemplate nell'Elenco delle prestazioni come una prestazione indipendente.

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

Scoperto

È la percentuale sui costi dei trattamenti sanitari che rimane a suo carico. Per esempio, se una prestazione ha un rimborso dell'80%, significa che si applica uno scoperto del 20%, per cui noi pagheremo l'80% dei costi di ogni trattamento ammissibile per persona assicurata, per Anno assicurativo.

Screening oncologico

Fatto per la diagnosi precoce di malattie oncologiche. Include le visite di controllo, le analisi e i test effettuati a intervalli appropriati e in assenza di sintomatologie cliniche. Questa prestazione, per essere coperta, deve essere effettuata presso un centro medico abilitato che segua le linee guida mediche accettate a livello internazionale e sia riconosciuto da noi.

Servizi di visita medica per video-conferenza

Servizi che offrono accesso diretto a un medico attraverso il nostro portale. Copriamo il costo di visite mediche condotte in video-chiamata per l'accesso al parere medico, alla diagnosi e al rilascio di prescrizioni, se necessarie, per la cura di patologie non critiche. L'accesso ai servizi di video-conferenza e alle prescrizioni di farmaci potrebbe essere soggetto alle restrizioni dell'area da cui Lei desidera accedere e alle leggi locali. Può ottenere un appuntamento per parlare con un medico in inglese, se disponibile, o, a seconda del fornitore disponibile nella sua area, potrebbe avere l'opzione di accedere al servizio in altre lingue. Il costo delle medicine prescritte come risultato della sua visita non è coperto da questa prestazione; la consegna a domicilio delle medicine o l'impegnativa del medico per una visita specialistica potrebbero essere inclusi o no, a seconda dell'area in cui si trova, anche quando derivino dalla sua visita medica condotta in video-chiamata.

Servizio di autoambulanza

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

Servizi per la disforia di genere

I seguenti trattamenti necessari dal punto di vista medico:

- servizi di salute comportamentale come il counseling per la disforia di genere e ogni problema psichiatrico relativo (ad esempio l'ansia e la depressione). I trattamenti devono essere prescritti da uno psichiatra o da uno psicologo clinico;
 - terapia ormonale;
 - controlli di routine relativi all'età del paziente o al suo sesso biologico come il Pap-test, la mammografia, l'esame di prevenzione del cancro alla prostata, a seconda dell'anatomia biologica del paziente;
 - transgenerismo e relativi interventi chirurgici, coperti purché al paziente sia stata diagnosticata la disforia di genere e solo quando il suo caso si adegua ai seguenti criteri:
 - l'assicurato deve avere almeno 18 anni;
 - il paziente può esibire una lettera di raccomandazione per l'intervento chirurgico (che includa una relazione dettagliata) da un professionista della salute mentale per interventi chirurgici al seno/al torso, o due lettere di raccomandazione (che includano una relazione dettagliata) da due professionisti della salute mentale differenti per interventi chirurgici ai genitali. Accetteremo anche una lettera da un professionista in possesso di laurea Master (cioè un professionista della psicologia e igiene mentale – ad esempio: psichiatra, infermiere specializzato in salute mentale o psicologo che ha completato un Master in quest'area specifica della medicina) se la seconda lettera è da uno psichiatra o psicologo clinico.
- La lettera di raccomandazione deve essere basata su valutazioni condotte non prima degli ultimi 24 mesi e deve indicare che la decisione del paziente è ancora corrente e non è causata da altre patologie o disturbi curabili. Ciascuna delle lettere di raccomandazione deve indicare che l'operazione chirurgica è necessaria dal punto di vista medico d'accordo con le linee guida della gestione di questo tipo di caso clinico.

Sindrome delle apnee del sonno

Disturbo del sonno caratterizzato da pause nella respirazione o da periodi durante il sonno in cui il respiro è corto e superficiale. Se la sindrome è coperta dal suo programma, troverà la prestazione specifica elencata nel suo Elenco delle prestazioni: in tal caso, la copertura includerà i trattamenti e i procedimenti diagnostici necessari da un punto di vista medico, relativi ai casi sospetti o confermati di apnea del sonno. I costi coperti includono cose come l'onorario del medico, lo studio del sonno necessario dal punto di vista medico, altri esami diagnostici, apparati e farmaci, fino ai massimali indicati nell'Elenco delle prestazioni. Noti che per richiedere il rimborso delle spese, deve allegare un documento che confermi che il trattamento o i test sono necessari dal punto di vista medico.

Spese di sepoltura

Costo delle sepolture o delle cremazioni che avvengono al di fuori del Paese di origine o del Paese di residenza principale. Questa prestazione non copre i relativi costi cerimoniali quali cibo e bevande, viaggio, alloggio, fiori e biglietti di condoglianze.

Spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di decesso o pericolo di vita di un parente stretto

Costo ragionevole di trasporto (fino al massimale specificato nell'Elenco delle prestazioni) dei familiari assicurati che abbiano bisogno di raggiungere il luogo in cui un parente stretto sia deceduto o si trovi in pericolo di vita. La prestazione copre i costi di trasporto (andata e ritorno) del familiare assicurato per un viaggio, per Anno assicurativo. Nel caso di decesso del parente stretto, il viaggio dei familiari assicurati deve iniziare entro sei settimane dalla data del decesso per essere coperto. Per **parente stretto** si intende: il coniuge/partner, i genitori (inclusi i genitori adottivi), i genitori acquisiti (patrigno/matrigno), i tutori legali, i suoceri, fratelli o sorelle (inclusi fratellastri, sorellastre e cognati), i figli (inclusi i figli adottivi, i figli in affidamento e i figliastri), generi o nuore, i nonni o i nipoti. Consideriamo **costi di trasporto ragionevoli** i costi di trasporto (andata e ritorno) in classe economica. Per richiedere il rimborso per questa prestazione, bisogna inoltrare un certificato di morte o un certificato del medico che giustifichi la necessità di compiere il viaggio, oltre alla copia dei biglietti aerei. Le spese di alloggio in hotel ed altre spese correlate non sono coperte.

Spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di evacuazione o rimpatrio

Costo ragionevole di trasporto di tutti i familiari assicurati (inclusi minori che rimarrebbero altrimenti senza la supervisione di un adulto) in caso di evacuazione o rimpatrio dell'assicurato. Se tutti i familiari non possono viaggiare nello stesso veicolo della persona evacuata/rimpatriata, pagheremo i costi del loro viaggio di andata e ritorno, in classe economica.

La prestazione "Spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di rimpatrio" è coperta se ha un programma di Rimpatrio sanitario. Le spese di alloggio in hotel ed altre spese correlate non sono coperte.

Spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di rimpatrio di salma

Costo ragionevole di trasporto dei membri della famiglia dell'assicurato deceduto che vivevano con lui all'estero, in modo che possano viaggiare fino al Paese scelto allo scopo di dare sepoltura alla salma. Per "costi di trasporto ragionevoli" si intendono i costi di trasporto (andata e ritorno) in classe economica. Le spese di alloggio in hotel ed altre spese correlate non sono coperte.

Spese per un accompagnatore in caso di rimpatrio o evacuazione di un assicurato

Spese di viaggio relative ad una persona che accompagna l'assicurato in caso di rimpatrio o evacuazione. Se l'assicurato e l'accompagnatore non possono viaggiare nello stesso veicolo, pagheremo i costi di viaggio in un mezzo

alternativo di trasporto, in classe economica. Per il paziente evacuato/rimpatriato che torna al Paese principale di residenza dopo il completamento delle cure è previsto anche il rimborso, in classe economica, delle spese del viaggio di ritorno. Le spese di alloggio in hotel ed altre spese correlate non sono coperte.

Spese ragionevoli e consuetudinarie

Costi delle cure mediche che sono usuali nel Paese in cui le cure vengono ricevute. Rimborseremo solamente le spese mediche che sono "ragionevoli e consuetudinarie", ovvero che sono conformi ai costi standard generalmente richiesti per una determinata procedura medica in un determinato Paese.

Supporti sanitari prescritti da un medico

Strumenti o apparecchi prescritti e necessari dal punto di vista medico per permettere di compiere attività quotidiane. Alcuni esempi:

- supporti biochimici quali i microinfusori, i glucometri e le macchine per la dialisi peritoneale;
- supporti per la mobilità come stampelle, sedie a rotelle, materiale ortopedico, arti artificiali e protesi;
- supporti per l'udizione e apparecchi fonici come la laringe elettronica;
- calze elastiche contenitive a compressione graduata;
- materiale per ferite a lungo termine come bendaggi e protesi per stomizzati.

Non copriamo i costi dei supporti medici necessari nell'ambito di un trattamento palliativo o a lungo termine.

T

Terapeuta

Chiroterapeuta, osteopata, podologo, erborista della medicina naturale cinese, omeopata, agopunturista, terapeuta ayurvedico, fisioterapista, logopedista, ergoterapeuta o terapeuta oculomotore, qualificato e riconosciuto legalmente nel Paese in cui esercita e in cui viene effettuato il trattamento.

Terapia occupazionale

Terapia che aiuta il paziente a sviluppare le abilità necessarie per la vita quotidiana e per le interazioni fisiche e sociali, cioè:

- capacità grossomotorie e motricità fine (quali compiere movimenti piccoli e precisi, o movimenti che coinvolgono tutto il corpo);
- integrazione sensoriale (come il cervello organizza una risposta ai sensi);
- coordinazione, equilibrio e altre attività tra cui vestirsi, mangiare, lavarsi e pettinarsi.

Richiederemo un certificato sul progresso della terapia dopo ogni 20 sedute.

Terapia ormonale sostitutiva

Si riferisce all'uso di ormoni femminili per alleviare i sintomi derivanti dalla cessazione della funzione ovarica, sia al momento della menopausa naturale che in seguito all'asportazione chirurgica delle ovaie. Copriamo gli onorari del medico, gli onorari degli specialisti e i farmaci su prescrizione.

Test allergologico

Visita presso un medico abilitato per testare e scoprire se i suoi sintomi sono correlati ad un'allergia. Se la prestazione è inclusa nel suo programma, la troverà elencata nel suo Elenco delle prestazioni.

Test diagnostici

Sono indagini (come le radiografie o le analisi del sangue) effettuate per determinare la causa dei sintomi presentati da un paziente. Questi test sono coperti quando vi sono già dei sintomi o se ulteriori esami si rendono necessari in connessione con i risultati di altri test medici. Questa prestazione non copre i controlli annuali o gli screening di routine.

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. 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 programma. Per esempio, se viene ricoverato per essere sottoposto a cure oncologiche, la degenza ospedaliera verrà coperta dalla prestazione "Oncologia" e non dalla prestazione "Tipologia di camera in ospedale". Esempi di prestazioni che includono il pernottamento in ospedale (se incluse nel suo programma) sono: "Cure psichiatriche e psicoterapia", "Trapianto di organi", "Oncologia", "Maternità", "Trattamento palliativo" e "Trattamento a lungo termine".

Titolare della polizza

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

Trapianto di organi

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). Non copriamo le spese di acquisto degli organi.

Trattamenti contro la sterilità

Procedure di diagnosi a carattere invasivo necessarie per individuare la causa della sterilità, quali l'isterosalpingografia, la laparoscopia o l'isteroscopia. Questa prestazione copre anche trattamenti quali la fecondazione In Vitro (IVF), per i casi diagnosticati di sterilità. La copertura è disponibile (fino al massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni) solo se la persona che si

sottopone a queste procedure è la persona assicurata dalla polizza. Eventuali costi eccedenti il massimale non possono essere reclamati tramite la copertura del coniuge o compagno assicurato.

Tutte le procedure non invasive intraprese per stabilire la causa della sterilità sono coperte da altre prestazioni incluse nel Programma fuori ricovero (se selezionato), fino ai massimali applicabili. Alcuni esempi di prestazioni incluse nel Programma fuori ricovero che coprono le analisi non invasive sono: "Test diagnostici", "Onorari di medici generici" e "Onorari di medici specialisti".

I trattamenti in regime di ricovero necessari per neonati frutto di parti gemellari a seguito di trattamenti di riproduzione assistita, o neonati frutto di maternità surrogata, o neonati adottati/in affidamento sono coperti fino a un massimo di 24.900 £ / 30.000 € / 40.500 US\$ per neonato, per i primi tre mesi di vita: questo limite massimo si applica prima di qualsiasi altro massimale o prestazione del programma. I trattamenti fuori ricovero, invece, sono coperti dal Programma fuori ricovero.

Trattamenti di medicina alternativa

Trattamenti che esulano dalla medicina convenzionale dei Paesi occidentali, come ad esempio i trattamenti chiropratici, osteopatici, podologici e omeopatici, la medicina naturale cinese (erbe), l'agopuntura, il Tui na, la coppettazione, la manipolazione ossea e i trattamenti ayurvedici se praticati da terapeuti autorizzati. A seconda del programma scelto, potrebbe essere coperto per alcuni tipi di medicina alternativa: controlla il suo Elenco delle prestazioni per verificarlo.

Se il programma prevede queste prestazioni, anche i costi delle visite di consultazione sono coperti.

Trattamento

Procedura medica necessaria per curare una malattia o lesione.

Trattamento a lungo termine

Trattamenti amministrati 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.

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. Il trattamento deve essere ricevuto entro 14 giorni dalla dimissione dall'ospedale a seguito di un trattamento acuto o chirurgico, e deve essere amministrato in un centro abilitato. La copertura è disponibile solo se è stato ricoverato per almeno tre giorni consecutivi per il trattamento di una stessa patologia.

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 oculistico a mezzo laser

Interventi chirurgici (e necessarie indagini pre-operatorie) volti a incrementare la rifrazione della cornea utilizzando la tecnologia laser.

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.

Trattamento palliativo

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.

Trattamento post-ricovero

Trattamento fuori ricovero di cui si ha bisogno nei 90 giorni successivi la dimissione dall'ospedale, dopo essersi sottoposti a una procedura medica in regime di ricovero o day-hospital (il trattamento fuori ricovero deve essere relativo alla stessa patologia o lesione trattata durante il ricovero). La prestazione "Trattamento post-ricovero" copre l'onorario del medico e dello specialista, le procedure fuori ricovero, i farmaci prescritti, i bendaggi, la risonanza magnetica, la PET, la TAC, le radiografie, gli esami patologici ed eventuali altri test e procedure diagnostiche.

Trattamento preventivo

Trattamenti ricevuti senza che sia presente alcun sintomo clinico al momento del trattamento. Un esempio di trattamento preventivo può essere l'asportazione di un'escrescenza pre-cancerogena. Questa prestazione è coperta quando la prestazione "Trattamenti preventivi" è inclusa nel suo Elenco delle prestazioni.



Vaccinazioni

Si riferisce a:

- le immunizzazioni basilari e i richiami necessari per legge nel Paese in cui vengono somministrati;
- i vaccini per il Covid-19*, se nel suo Paese di residenza non sono sovvenzionati o sono solo parzialmente sovvenzionati dallo Stato;
- le vaccinazioni di viaggio necessarie dal punto di vista medico;
- la profilassi antimalarica.

Sono coperti il costo della visita medica per la somministrazione del vaccino e il costo della sostanza da iniettare.

*Il vaccino del Covid-19 è coperto quando:

- la sostanza da iniettare ha completato la procedura necessaria di sviluppo clinico, che include tutti i test (fase 1, 2 e 3) per dimostrarne l'efficacia e la sicurezza necessari per ottenere l'autorizzazione dall'appropriato ente regolatore;
- la sostanza da iniettare ha completato tutte le tappe della procedura di autorizzazione da parte dell'appropriato ente regolatore ed è stata approvata per la somministrazione nel Paese in cui Lei la riceve;
- la vaccinazione non è sovvenzionata o è solo parzialmente sovvenzionata dallo Stato del Paese in cui Lei risiede.

Copriamo le spese ragionevoli e consuetudinarie del vaccino per il Covid-19, le quali includono il costo della somministrazione del vaccino, d'accordo con il protocollo sanitario pubblico locale relativo alla somministrazione di vaccini. Non copriamo le spese di viaggio se Lei decide di andare a ricevere il vaccino in un Paese diverso da quello in cui normalmente risiede. Noti che questa copertura non le offre alcun privilegio di priorità per accedere al vaccino.

Valutazione completa dello stato di salute

Valutazione del rischio assicurativo che effettuiamo basandoci sulle informazioni da Lei fornite al momento della richiesta di sottoscrizione della copertura. Il nostro Ufficio valutazione dello stato di salute userà queste informazioni per decidere i termini della nostra offerta di copertura.

Visite di controllo della salute e test di prevenzione di malattie

Visite di controllo, test e analisi effettuati a intervalli appropriati e in assenza di sintomatologie cliniche. Questa prestazione, per essere coperta, deve essere effettuata presso un centro medico abilitato che segua le linee guida mediche accettate a livello internazionale e sia riconosciuto da noi.

Esclusioni

Sebbene copriamo la maggior parte dei trattamenti necessari dal punto di vista medico, non copriamo le spese per quanto segue, a meno che non si specifichi diversamente nel suo Elenco delle prestazioni o in altri documenti di polizza.

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.

CADUTA DEI CAPELLI E TRAPIANTI TRICOLOGICI

Le cure ed i trattamenti per la caduta di capelli o eventuali trapianti tricologici, eccezion fatta per i casi in cui la perdita di capelli sia dovuta a cure oncologiche.

CAMBIO DI SESSO

Le operazioni per il cambio di sesso e relativi trattamenti, come ad esempio:

- blefaroplastica;
- impianti per le guance;
- impianti per il mento o il naso;
- iniezioni di collagene;
- lifting del viso o della fronte;
- riduzione dell'ossatura facciale;
- rimozione o trapianto di capelli/peli;
- riduzione della mandibola;
- laringoplastica;
- rinoplastica;
- fotoringiovanimento (come la dermoabrasione, il peeling chimico, ecc.);
- condroplastica per la riduzione tiroidea;
- lifting del collo;
- chirurgia per il miglioramento delle labbra;
- iniezioni di botox e filler.

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.

CORSI PER GESTANTI E PUERPERE

I corsi per gestanti e puerpere.

DISTURBI DEL SONNO

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.

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.

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.

FUNERALI

Costo per l'acquisto di un lotto al cimitero o per il funerale (si includono il costo di fiori e dell'impresa funebre).

INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA

Interruzione di gravidanza, eccezion fatta per i casi di pericolo di vita per la madre.

LESIONI CAUSATE DA ATTIVITÀ SPORTIVE A LIVELLO PROFESSIONALE

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

LOGOTERAPIA

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

MATERNITÀ SURROGATA

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

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.

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 PREESISTENTI (ESCLUSIONE APPLICABILE ALLE POLIZZE CON "MORATORIA" O CON "CONTINUAZIONE DI CONDIZIONI PARTICOLARI (DA MORATORIA)"

Le patologie preesistenti non sono coperte se una o più delle situazioni che seguono si sono verificate nei 24 mesi successivi alla data di inizio della sua polizza (o alla data indicata nel suo Certificato di assicurazione):

- si prevedeva ragionevolmente che la patologia si sarebbe manifestata dopo la data di inizio della sua copertura;
- la patologia si è chiaramente manifestata;
- ha avuto sintomi o segni della patologia;
- ha chiesto consiglio medico relativo a questa patologia;

- si è sottoposto a trattamento per questa patologia;
- era a conoscenza di avere questa patologia.

A conclusione del periodo di carenza di 24 mesi, le patologie preesistenti potrebbero diventare coperte per la sua polizza a condizione che Lei non abbia avuto sintomi, non si sia sottoposto a cure mediche, non abbia assunto farmaci, non abbia seguito una dieta speciale o altre indicazioni mediche, o abbia avuto qualsiasi altro segno della patologia preesistente.

PATOLOGIE PREESISTENTI (ESCLUSIONE APPLICABILE ALLE POLIZZE CON “VALUTAZIONE COMPLETA DELLO STATO DI SALUTE” O CON “CONTINUAZIONE DI CONDIZIONI PARTICOLARI (DA VALUTAZIONE COMPLETA DELLO STATO DI SALUTE)”

Patologie preesistenti (incluse le patologie croniche preesistenti) quando:

- sono indicate nel documento di Condizioni speciali che (quando applicabile) le abbiamo inviato prima dell’attivazione della sua polizza;
- non sono state da Lei dichiarate nel suo Modulo di richiesta di sottoscrizione;
- si sono presentate nel periodo di tempo tra il completamento del Modulo di richiesta di sottoscrizione e la data che tra le due seguenti si verifica dopo:
 - data di rilascio del Certificato di assicurazione;
 - data di inizio della copertura.

Tali condizioni preesistenti saranno soggette a valutazione dello stato di salute e, se non dichiarate, non verranno coperte.

PRODOTTI E MEDICINE ACQUISTATI SENZA RICETTA MEDICA

I prodotti e le medicine che acquista senza ricetta medica.

RITARDO DELLO SVILUPPO

Il ritardo dello sviluppo infantile, tranne quando un bambino non ha raggiunto 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 valutata da personale qualificato, risultando pari ad almeno 12 mesi nell’area cognitiva o fisica.

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.

SOSTANZE, PRODOTTI PER L'IGIENE PERSONALE E INTEGRATORI ALIMENTARI

Sostanze, prodotti per l'igiene personale e integratori alimentari che includono vitamine e minerali (salvo durante una gravidanza o per il trattamento di sindromi da deficienza vitaminica diagnosticata), collutori, dentifrici, pastiglie e spray per il mal di gola, bottiglie di shampoo, creme solari, cosmetici, gel disinfettanti, guanti e visiere protettivi, mascherine, termometri, omogeneizzati per bambini, prodotti per l'igiene dei neonati e latte in polvere. 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.

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".

STERILIZZAZIONE, DISFUNZIONI SESSUALI E CONTRACCEZIONE

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);
- contraccezione (inclusa l'applicazione o la rimozione di dispositivi di contraccezione e/o di qualsiasi tipo di contraccettivo in genere, a meno che non siano prescritti per motivi medici che non hanno a che fare con il controllo delle nascite).

TERAPIA FAMILIARE E COUNSELING

Costi relativi all'onorario di un terapeuta familiare o di uno psicologo per cure di psicoterapia fuori ricovero.

TEST GENETICI

I test genetici, fatta 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 dal programma, ad esempio nel caso delle donne dai 35 anni in su;
- c) i test per i recettori ormonali per i tumori.

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).

TRATTAMENTI CONTRO LA STERILITÀ

Trattamento contro la sterilità (riproduzione assistita con eventuali relative complicanze comprese) o il trattamento di ogni problema da questa derivata, a meno che nel suo Elenco delle prestazioni compaia la prestazione specifica "Trattamento contro la sterilità" o Lei abbia le prestazioni fuori ricovero necessarie nel suo programma (come "Onorari di medici generici", "Onorari di medici specialisti" o "Test diagnostici"), nel qual caso copriremo solo procedure non invasive volte a investigare la causa dell'infertilità.

TRATTAMENTI CONTRO L'OBESITÀ

I test ed i trattamenti contro l'obesità, che includono la chirurgia bariatrica, pillole dimagranti o cibi sostitutivi dimagranti, iscrizione a club della salute, programmi di dieta o programmi per i disturbi alimentari che prevedono il ricovero in centri specializzati.

TRATTAMENTI DI MEDICINA ALTERNATIVA

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

TRATTAMENTI NEGLI STATI UNITI NEI CASI SEGUENTI

I trattamenti negli Stati Uniti, nei casi in cui risulti evidente o probabile che la polizza sia stata sottoscritta al fine di andare negli Stati Uniti per ricevere cure per una patologia i cui sintomi si fossero manifestati in maniera evidente:

- prima dell'acquisto della copertura;
- prima di avere incluso nell'area geografica di copertura gli Stati Uniti.

Se abbiamo pagato delle richieste di rimborso in tali circostanze, ci riserviamo il diritto di richiederle il rimborso di tutti gli importi già versati.

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.

TRATTAMENTI RICEVUTI AL DI FUORI DELL'AREA GEOGRAFICA DI COPERTURA

I trattamenti ricevuti al di fuori dell'area geografica di copertura, salvo nei casi di emergenza o nei casi in cui si sia ricevuta la nostra autorizzazione.

TRATTAMENTO ESTETICO

Qualsiasi trattamento cosmetico o estetico che sia mirato a migliorare l'aspetto fisico, persino quando sia prescritto da un medico. Sono inclusi i trattamenti effettuati da un chirurgo plastico, indipendentemente dalle ragioni mediche e/o psicologiche che possono averli resi necessari, fatta eccezione per:

- la ricostruzione chirurgica necessaria al ripristino delle funzionalità o dell'aspetto a seguito di un incidente con conseguenze gravi per l'aspetto del paziente o di un intervento chirurgico oncologico, laddove l'incidente o l'intervento siano avvenuti durante il periodo di validità della polizza;
- la chirurgia di riassegnazione di genere nei casi approvati di disforia di genere.

TRATTAMENTO ORTOMOLECOLARE

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

TRIPLO TEST, QUADRUPLO TEST O TEST PER LA DIAGNOSI DELLA SPINA BIFIDA

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.

VISITE MEDICHE DOMICILIARI

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.

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.

TRATTAMENTI NON INCLUSI NEL SUO ELENCO DELLE PRESTAZIONI

Tutti i trattamenti, relative complicanze e spese mediche che si elencano di seguito, se non diversamente indicato nell'Elenco delle prestazioni:

- complicanze della gravidanza e del parto;
- patologie congenite;

- cure dentali, interventi chirurgici odontoiatrici, cure parodontali, ortodonzia e protesi dentali ad eccezione degli interventi chirurgici orali o maxillo-facciali coperti dalla polizza nei limiti del massimale del Programma principale;
- onorari del dietologo/nutrizionista;
- circoncisione elettiva per neonati di sesso maschile;
- cure dentali d'emergenza;
- spese per un accompagnatore in caso di rimpatrio o evacuazione di un assicurato;
- visite di controllo della salute e test di prevenzione di malattie, tra cui gli screening per la diagnosi precoce di condizioni mediche e malattie;
- cure per l'HIV/AIDS;
- omeopatia, medicina tradizionale cinese (erbe), Tui na, coppettazione, manipolazione ossea, agopuntura e trattamenti ayurvedici;
- terapia ormonale sostitutiva;
- trattamento contro la sterilità;
- cure psichiatriche e psicoterapia in regime di ricovero;
- trattamento oculistico a mezzo laser;
- evacuazione medica in casi non di emergenza;
- rimpatrio sanitario;
- cure psichiatriche e psicoterapia fuori ricovero;
- trattamenti fuori ricovero;
- trattamento palliativo;
- occhiali e lenti a contatto prescritti (esame della vista incluso);
- supporti sanitari prescritti da un medico;
- chirurgia preventiva;
- trattamenti preventivi;
- rimpatrio della salma e spese del funerale;
- maternità;
- 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 parente stretto.

INDENNITÀ PER MORTE ACCIDENTALE

Indennità per morte accidentale, se il decesso dell'assicurato è stato causato, direttamente o indirettamente, da:

- partecipazione attiva in guerre, tumulti, insurrezioni civili, atti criminali, terroristici o illegali o condotti per contrastare l'offensiva di una potenza straniera, indipendentemente dal fatto che la guerra sia stata dichiarata o meno;
- patologie causate intenzionalmente o lesioni auto-provocate, tentativi di suicidio compresi, che si verifichino durante il primo anno di copertura della polizza;
- partecipazione attiva in attività che si svolgono sottoterra o sott'acqua, come ad esempio attività in miniera o immersioni ad alta profondità;
- partecipazione in attività che si svolgono sopra la superficie dell'acqua (quali, ad esempio, attività su piattaforme petrolifere o impianti di trivellazione) oppure che si svolgono per aria, a meno che non sia diversamente specificato nel Contratto aziendale;
- contaminazione chimica, biologica o radioattiva o da qualsiasi altro materiale nucleare, combustione nucleare compresa;
- partecipazione passiva ai rischi di guerra, ovvero:
 - presenza in un Paese che il Governo britannico abbia invitato i propri cittadini ad evacuare e verso il quale abbia sconsigliato qualsiasi tipo di viaggio (questo criterio si applica all'assicurato indipendentemente dalla sua nazionalità);
 - viaggio o permanenza per un periodo superiore a 28 giorni in un Paese che si trovi in un'area nella quale il Governo britannico abbia sconsigliato qualsiasi tipo di viaggio che non sia essenziale.

La presente esclusione di partecipazione passiva ai rischi di guerra si applica indipendentemente dal fatto che il decesso sia direttamente o indirettamente una conseguenza di guerre, tumulti, insurrezioni civili, atti criminali, terroristici o illegali o atti condotti per contrastare l'offensiva di una potenza straniera, indipendentemente dal fatto che la guerra sia stata dichiarata o meno.

- essere sotto l'effetto di droghe o bevande alcoliche;
- decesso verificatosi oltre 365 giorni dopo l'incidente che lo ha provocato;
- esposizione deliberata al pericolo, eccetto nei casi in cui si tenti di salvare una vita umana;
- inalazione/ingestione intenzionale di gas/veleni o altre droghe proibite dalla legge;
- volo in aeronave (elicotteri inclusi), eccetto nel caso in cui l'assicurato sia un passeggero e il pilota sia in possesso di regolare licenza, oppure l'assicurato sia un pilota militare e abbia presentato un piano di volo, ove richiesto dalle normative locali;
- partecipazione attiva in sport estremi o sport praticati a livello professionale, quali ad esempio:
 - sport che si praticano in montagna come la discesa in corda doppia, alpinismo e corse di qualsiasi tipo (a parte la corsa a piedi);
 - sport che si praticano sulla neve come il bob, lo slittino, l'alpinismo, lo skeleton, lo sci e lo snowboard fuori pista;
 - sport equestri come la caccia a cavallo, il salto equestre, il polo, il salto ad ostacoli o le corse a cavallo di qualsiasi tipo;

- sport che si praticano nell'acqua come l'esplorazione di caverne sommerse o l'immersione in grotta, l'immersione subacquea a più di 10 metri di profondità, i tuffi da grandi altezze, il rafting in acque bianche e il torrentismo;
- sport motoristici come le corse automobilistiche, motociclistiche e in quad bike;
- sport di lotta;
- sport aerei, quali ad esempio il volo in ultraleggero, in mongolfiera, in deltaplano, in parapendio, il parasailing ed i lanci in paracadute;
- altri sport pericolosi come il bungee jumping.

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@e.allianz.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.