Programmi di copertura sanitaria internazionale
Valido dal 1° novembre 2017

GUIDA ALLE PRESTAZIONI

Polizza di Gruppo

Allianz Care

Benvenuto

Insieme ai suoi familiari, lei può adesso contare su Allianz Partners come sua compagnia di assicurazione sanitaria internazionale per avere accesso alle migliori prestazioni sanitarie disponibili.

Questa guida è composta da due parti: “Come utilizzare la sua copertura” raccoglie tutte le informazioni importanti che è probabile che Lei utilizzi regolarmente; “Termini e Condizioni della copertura” spiega la sua copertura in maggiore dettaglio.

La preghiamo di leggere la guida unitamente al Certificato di assicurazione e all’Elenco delle prestazioni per consentirle di utilizzare al meglio la sua copertura.

COME UTILIZZARE LA SUA COPERTURA

Servizi per gli assicurati	5
Panoramica della copertura	14
Ha bisogno di un trattamento?	18

TERMINI E CONDIZIONI DELLA COPERTURA

Descrizione della copertura	30
Richieste di rimborso e processo di Garanzia di pagamento	32
Pagamento del premio	36
Amministrazione della sua polizza	38
Ulteriori Termini e Condizioni di polizza	41
Protezione dei dati e rilascio di informazioni mediche	43
Procedura per i reclami	45
Definizioni	46
Esclusioni	56

Il presente documento è una traduzione in italiano del documento “Employee Benefit Guide - November 2017” 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 una società per azioni 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 Partners è una ragione sociale registrata di AWP Health & Life SA.

COME UTILIZZARE LA SUA COPERTURA

SERVIZI PER GLI ASSICURATI

Per noi è importante fare la differenza fornendole il servizio eccellente che merita, in qualsiasi momento e ovunque Lei si trovi!

Nelle pagine che seguono descriviamo la gamma completa dei servizi che offriamo. Scopra ciò che è a sua disposizione, dalla nostra applicazione MyHealth al Programma di Assistenza per i Dipendenti.

Parli con noi, amiamo aiutare!

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.

Helpline: + 353 1 630 1305
La lista aggiornata dei **numeri verdi della compagnia** è disponibile sul sito web:
www.allianzworldwidecare.com/it/pages/toll-free-numbers

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

Fax: **+ 353 1 630 1306**

Lo sapeva che...

... la maggior parte dei nostri assicurati ritiene che i propri quesiti ottengano una risposta più rapida quando ci chiamano?

Applicazione MyHealth

La nostra innovativa applicazione MyHealth (disponibile in inglese, spagnolo, francese, tedesco e portoghese) è stata progettata per consentirle di avere un accesso facile e conveniente alla sua copertura, ovunque Lei si trovi. Se la sua azienda ha selezionato la funzionalità Servizi online per Lei, potrà accedere alle seguenti funzionalità dal suo dispositivo mobile:

MY CLAIMS
Inoltro delle richieste di rimborso in 3 semplici passi e visualizzazione dello storico delle richieste di rimborso inoltrate.

MY CONTACTS
Accesso ai numeri di telefono della nostra Helpline multilingue e per le emergenze locali, disponibili 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

FIND A HOSPITAL
Reperimento dei più vicini fornitori locali di servizi sanitari ed indicazioni stradali tramite GPS.

SYMPTOM CHECKER
Una valutazione rapida e semplice dei suoi sintomi.

Other Services - accesso ai suoi documenti di polizza e alla sua Tessera Personale in ogni momento, ricerca dell'equivalente locale generico dei farmaci di marca e traduzione delle malattie comuni in 17 lingue differenti.

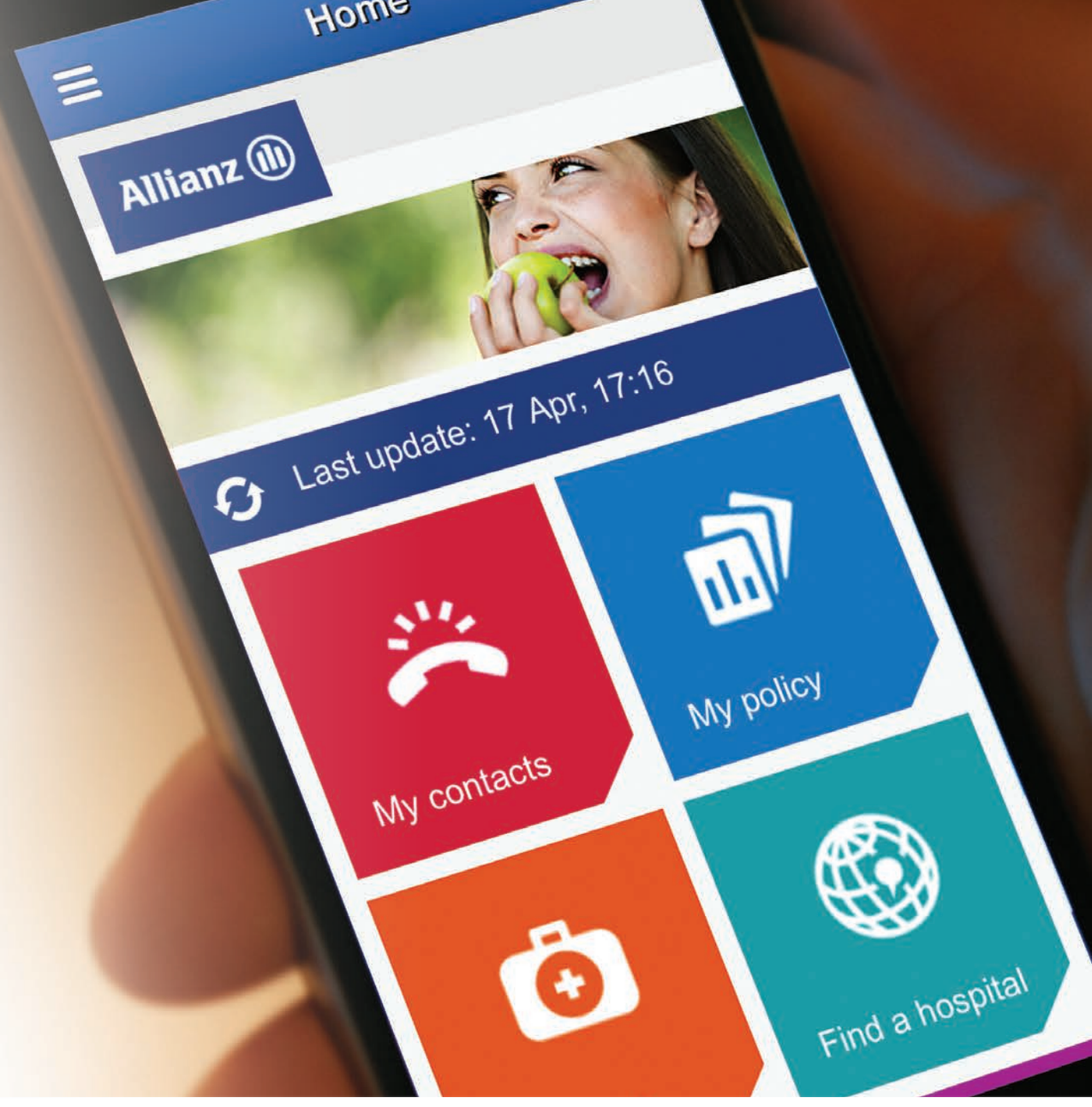
Tutti i dati personali all'interno dell'applicazione MyHealth sono criptati per garantire la protezione dei dati. Inoltre, la maggior parte delle funzioni è disponibile anche quando offline.

INIZIARE:

Scaricare - può scaricare l'applicazione dall'App Store o da Google Play semplicemente cercando "Allianz MyHealth" e seguendo le istruzioni visualizzate sullo schermo.

Impostazione iniziale - una volta scaricata, apra l'applicazione e fornisca il suo numero di polizza. Quindi, se richiesto, si registri per ricevere un nome utente ed una password temporanea. Altrimenti, inserisca i dati di accesso disponibili nel suo Membership Pack. Quando richiesto, modifichi la password temporanea fornita con qualcosa che può ricordare facilmente. Se reinstalla l'applicazione o imposta l'applicazione su un altro dispositivo, utilizzi nuovamente queste informazioni di configurazione. Tenga presente che può anche utilizzare questi dettagli per accedere ai nostri Servizi Online.

Impostare il PIN - infine, imposti il suo numero PIN univoco. In futuro, questo numero PIN sarà tutto ciò di cui avrà bisogno per accedere all'applicazione Allianz MyHealth e a tutte le sue funzionalità.



Ulteriori informazioni sono disponibili alla pagina
www.allianzworldwidecare.com/it/risorse/view/risorse-per-gli-assicurati/appplicazione-myhealth

Download on the App Store

GET IT ON Google Play

Servizi online

Se la sua azienda ha selezionato questo servizio, potrà accedere ai nostri Servizi Online dalla comodità di casa sua. I Servizi Online le consentono di:

- scaricare i suoi documenti di polizza, inclusa la sua Tessera personale;
- visualizzare l'Elenco delle prestazioni e controllare il credito residuo per ogni prestazione;
- verificare la situazione delle Richieste di rimborso inoltrateci e visualizzare la relativa corrispondenza intercorsa con noi;
- pagare il suo premio online, visualizzare le transazioni di pagamento e modificare i dettagli della sua carta di credito (se è responsabile del pagamento del suo premio).

Per accedere ai nostri sicuri Servizi Online, si rechi alla pagina **my.allianzworldwidecare.com** e:

1. acceda utilizzando il nome utente e la password temporanei inclusi nel suo Membership Pack;
2. quando richiesto, modifichi la password temporanea fornita con qualcosa che può ricordare facilmente. La preghiamo di mantenere queste informazioni al sicuro, ne avrà ancora bisogno! Tenga presente che può utilizzare questi dettagli anche per accedere all'applicazione MyHealth;
3. clicchi su "login" e inizi a navigare!

*Se non ha ricevuto un Membership Pack, vada su **my.allianzworldwidecare.com**, selezioni "Registrarsi" ed inserisca le informazioni richieste. Se la sua azienda ha selezionato la funzione Servizi Online, le verranno inviati il suo nome utente e la password temporanea all'indirizzo di posta elettronica a Lei associato.*

Servizi per gli assicurati accessibili in rete

Sul nostro sito web è possibile cercare fornitori di servizi sanitari, scaricare moduli ed utilizzare il nostro calcolatore della Massa Corporea. La preghiamo di notare che non è obbligatorio ricorrere ai medici e agli ospedali indicati sul nostro sito web.

www.allianzworldwidecare.com/it/risorse/view/risorse-per-gli-assicurati

MediLine

Il servizio, fornito da un team di medici professionisti di lingua inglese, offre informazioni e consigli in merito a questioni mediche quali: pressione sanguigna e problemi di peso, malattie infettive, pronto intervento, salute dentale, vaccini, oncologia, invalidità, logopedia, sterilità, pediatria, salute mentale e medicina generale.

+44 (0) 208 416 3929

Per le domande relative alla polizza o alla copertura (ad esempio i massimali di prestazione oppure lo stato di una richiesta di rimborso), contatti la nostra Helpline.

Programma di Assistenza per i Dipendenti

Il Programma di Assistenza per i Dipendenti, se previsto, verrà mostrato nell'Elenco delle prestazioni. Questo servizio, fornito da Morneau Shepell, è un servizio di assistenza professionale e confidenziale, disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7, che può aiutare Lei e la sua famiglia ad affrontare una serie di sfide e difficoltà personali quali:

- l'equilibrio tra l'attività professionale e la vita privata;
- la vita familiare e la genitorialità;
- le relazioni personali;
- lo stress, la depressione, l'ansietà;
- le sfide sul posto di lavoro;
- le transizioni transculturali;
- lo shock culturale;
- affrontare l'isolamento e la solitudine;
- i problemi di dipendenza.

Questo servizio multilingue è disponibile a livello locale ovunque e in ogni momento!

Il Programma di Assistenza ai Dipendenti offre a Lei ed ai suoi familiari a carico accesso alla seguente gamma di servizi di assistenza multilingue, disponibili 24 ore su 24, 7 giorni su 7:

- COUNSELING PROFESSIONALE CONFIDENZIALE*
- ASSISTENZA IN CASO DI INCIDENTE CRITICO
- SERVIZI DI SUPPORTO LEGALE E FINANZIARIO
- ACCESSO AL SITO INTERNET SUL BENESSERE

**Il counseling professionale confidenziale è disponibile di persona, al telefono, tramite video, e-mail oppure chat online..*

Ci permetta di aiutare:

+1 905 886 3605**

www.workhealthlife.com/AWC
(sito disponibile in inglese, francese e spagnolo)

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

Download on the App Store | GET IT ON Google Play

Le chiamate vengono prese da operatori che parlano inglese. Tuttavia, è disponibile assistenza anche in ulteriori lingue. 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.

*** Questo non è un numero di telefono gratuito. In molti Paesi sono disponibili numeri di telefono locali. Per visualizzare l'elenco completo dei nostri numeri di telefono in tutto il mondo, visiti: **www.workhealthlife.com/AWC***

I Servizi del Programma di Assistenza per i Dipendenti sono resi disponibili tramite AWP Health & Life Services Limited ("AWP") e forniti da Morneau Shepell Limited, soggetti all'accettazione dei termini e delle condizioni di AWP.

Servizi per la Sicurezza durante i viaggi

Dal momento che nel mondo continuano a verificarsi un numero crescente di minacce alla sicurezza, Allianz Partners ha iniziato a collaborare con red24 per offrirle servizi che le consentano di gestire il suo rischio personale in modo conveniente ed efficace. I Servizi per la Sicurezza durante i Viaggi le offrono accesso ad un vasto assortimento di consigli e ad assistenza professionale a sua disposizione in qualunque momento ne abbia bisogno, tramite telefono, e-mail o sul nostro sito internet. Questo servizio, se fornito, verrà mostrato nell'Elenco delle prestazioni.

I Servizi per la Sicurezza durante i viaggi offrono accesso 24 ore su 24, 7 giorni su 7, ad informazioni sulla sicurezza personale e a consigli per rispondere a tutti i suoi dubbi sulla sicurezza in viaggio. I servizi offerti includono:

UNA LINEA TELEFONICA DI ASSISTENZA IN CASO DI EMERGENZA (EMERGENCY ASSISTANCE HOTLINE)
È possibile discutere con uno specialista in ambito di sicurezza per ogni dubbio sulla sicurezza in una specifica destinazione di viaggio o se è necessaria assistenza immediata durante un viaggio.

INFORMAZIONI SUL PAESE E CONSIGLI SULLA SICUREZZA
Informazioni sulla sicurezza per oltre 230 Paesi in tutto il mondo, oltre a consulenza completa sulla sicurezza.

NOTIZIE QUOTIDIANE SULLA SICUREZZA E MESSAGGI DI ALLERTA SULLA SICUREZZA IN VIAGGIO
Newsletter settimanale e messaggi di allerta tramite e-mail in caso di eventi ad alto rischio, tra i quali il terrorismo, i tumulti popolari ed i rischi connessi alle intemperie gravi, nella sua zona o nelle vicinanze.

Per accedere al servizio, ci contatti:

+44 207 741 2185
Questo non è un numero di telefono gratuito.

allianzcustomerenquiries@red24.com

www.red24.com/awc
Si registri inserendo "AWC" seguito dal suo numero di polizza (indicato nel Certificato di assicurazione)

Scarichi "TravelKit" dall'App Store o da Google Play.

Download on the App Store | GET IT ON Google Play

Tutti i Servizi di Assistenza sulla Sicurezza vengono forniti in inglese. Sono disponibili servizi di interpretariato, ove necessario.

I Servizi per la Sicurezza durante i viaggi sono messi a disposizione tramite AWP Health & Life Services Limited ("AWP") e forniti da red24 Operations Limited, soggetti all'accettazione dei termini e delle condizioni di AWP.

PANORAMICA DELLA COPERTURA

Sappiamo quanto sono importanti la sua salute e quella della sua famiglia. Di seguito è riportato un riepilogo per aiutarla a comprendere la portata della sua copertura sanitaria.

Per cosa ho copertura?

La copertura comprende tutte le prestazioni indicate nell'Elenco delle prestazioni. Le condizioni preesistenti (comprese eventuali condizioni croniche preesistenti) sono generalmente coperte, a meno che non sia specificato diversamente nei suoi documenti di polizza. In caso di dubbi, consulti la sezione "Note" dell'Elenco delle prestazioni per confermare se le patologie preesistenti sono coperte dalla sua polizza.

Dove posso ricevere cure?

Può usufruire di trattamenti in qualsiasi Paese all'interno della sua zona di copertura (indicata nel Certificato di assicurazione).

Se, invece, il trattamento di cui ha bisogno e per il quale è coperto è disponibile nel Paese in cui si risiede ma decide di farsi curare comunque in un altro Paese compreso nella sua area di copertura, rimborseremo le spese mediche secondo i termini della sua polizza, escluse le spese di viaggio. Tuttavia, se il trattamento ammissibile non è disponibile a livello locale e l'evacuazione medica è inclusa nella copertura, anche i costi di viaggio al centro di eccellenza più vicino sono coperti. Per ottenere il rimborso delle spese mediche e delle spese di viaggio, è necessario inoltrare una richiesta di Garanzia di pagamento prima di partire.

In quanto espatriato che vive all'estero, Lei è coperto per le spese mediche (relative a trattamenti coperti dalla polizza) incorse nel suo Paese d'origine, a condizione che esso si trovi nella sua area geografica di copertura.

Quali sono i limiti delle prestazioni?

La copertura può essere soggetta ad un massimale del programma. Questo è il massimo ammontare che pagheremo per tutte le prestazioni incluse nel programma. Anche se molte delle prestazioni incluse nell'Elenco delle prestazioni hanno copertura totale, alcune sono coperte fino ad un importo massimo specifico (ad esempio 10.000 €). Questo importo specifico è un massimale di prestazione.

Per ulteriori informazioni sui massimali di prestazione, la preghiamo di fare riferimento alla sezione "Limiti delle prestazioni" della presente guida.

La sua famiglia sta crescendo? Abbiamo la soluzione che fa per Lei.

Sta per sposarsi oppure per avere un bambino? Congratulazioni!

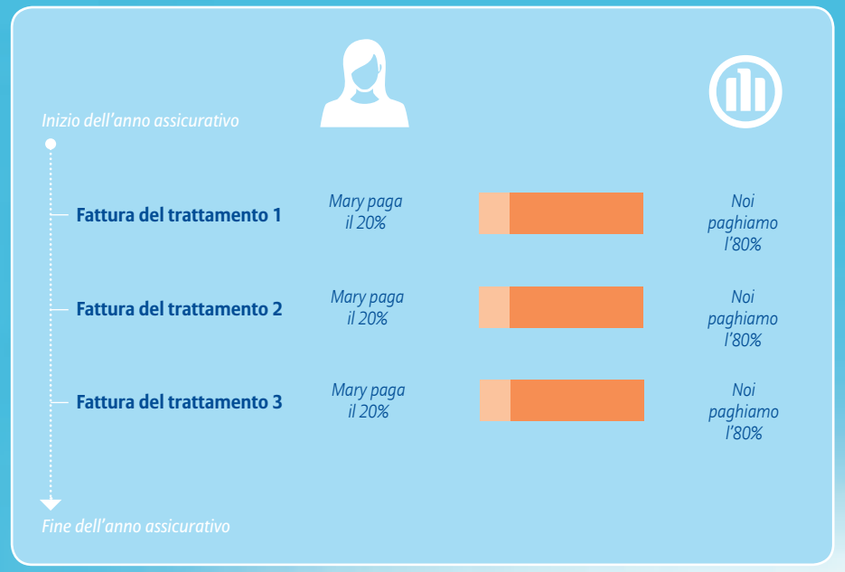
Può aggiungere familiari a carico alla sua polizza semplicemente informando la sua azienda. La richiesta deve essere presentata per iscritto e allegando una copia del certificato di nascita (se si aggiunge un neonato).

Quando aggiunge un neonato alla sua polizza, si assicuri di inviare la sua richiesta entro quattro settimane dalla data del parto,, per assicurarsi che la copertura abbia inizio dalla nascita. Per ulteriori informazioni su come aggiungere familiari a carico, faccia riferimento alla sezione "Inclusione di familiari a carico" della presente guida.

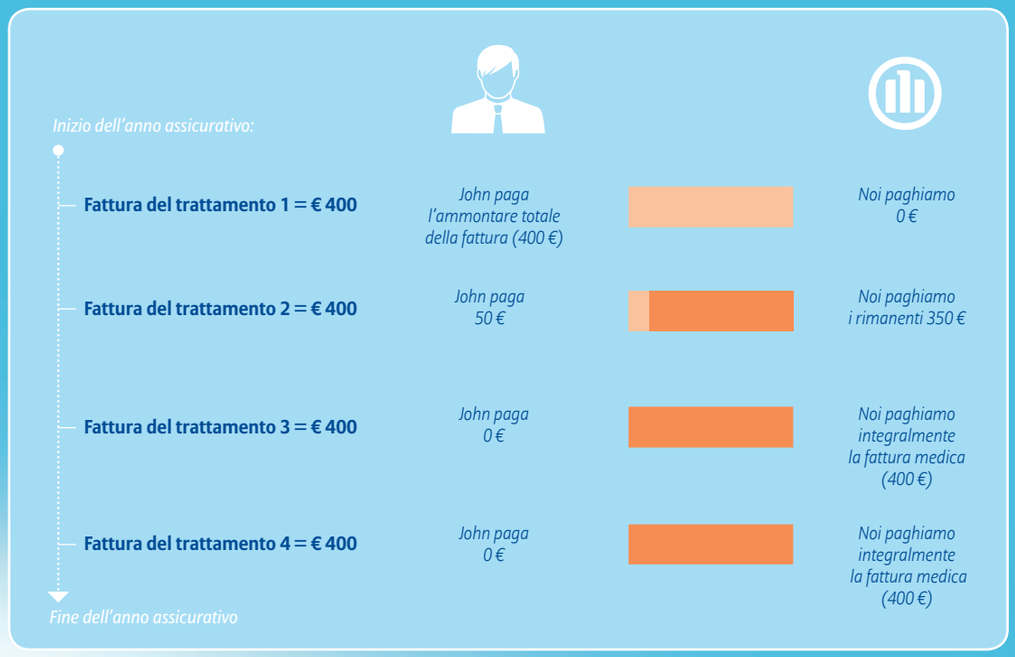
Cosa sono le franchigie e gli scoperti?

Alcuni programmi e prestazioni possono essere soggetti a scoperti e / o franchigie. Se il suo programma ne include, questo verrà confermato nel suo Elenco delle prestazioni.

Uno **scoperto è** quando le viene richiesto di pagare una percentuale dei costi medici. Nel seguente esempio, Mary richiede diversi trattamenti dentali nel corso dell'anno. La sua prestazione per i trattamenti dentali ha uno scoperto del 20%, il che significa che le rimborseremo l'80%. L'importo totale dovuto da noi può essere soggetto ad un massimale del programma.



Una **franchigia** è un importo fisso che la persona assicurata deve pagare per ogni periodo di copertura (quando si occupa del pagamento delle proprie spese sanitarie) prima di iniziare ad ottenere il rimborso delle spese mediche. Nell'esempio seguente, John deve ricevere cure mediche per tutto l'anno. Il suo programma include una franchigia di € 450.



Contributo dell'assicuratore
Contributo della persona assicurata

HA BISOGNO DI UN TRATTAMENTO?

Comprendiamo che cercare di ottenere delle cure può essere stressante. Seguendo il processo spiegato di seguito, possiamo prenderci cura dell'amministrazione e Lei può concentrarsi sulla guarigione.

Verificare il suo livello di copertura

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

Alcuni trattamenti sono soggetti a pre-autorizzazione

Nell'Elenco delle prestazioni si indicano quali trattamenti sono soggetti a pre-autorizzazione attraverso l'invio di un modulo di Garanzia di pagamento alla compagnia assicurativa. In genere si tratta di trattamenti in regime di ricovero e dal costo elevato. Il processo di Garanzia di trattamento ci aiuta a valutare ogni caso, organizzare tutto con l'ospedale prima del suo arrivo e facilitare il pagamento diretto del suo conto ospedaliero, ove possibile.

Ottenere trattamenti in regime di ricovero

(si applica il processo di pre-autorizzazione)

Scarichi una richiesta di Garanzia di pagamento dal nostro sito web:
www.allianzworldwidecare.com/members

Ci invii il modulo compilato almeno **cinque giorni lavorativi prima** dell'inizio del trattamento. Lo scansioni ed invii tramitee-mail, fax oppure posta (dettagli sul modulo).

Contattiamo il suo fornitore di servizi sanitari per organizzare il pagamento delle sue spese (ove possibile).

La richiesta di Garanzia di pagamento può anche essere compilata via telefono chiamando l'Helpline se l'inizio del trattamento è previsto in meno di 72 ore.

Se la Garanzia di pagamento non viene ottenuta per una prestazione per la quale è richiesta, Allianz Partners potrebbe declinare il rimborso delle spese mediche relative. I dettagli completi del nostro processo di Garanzia di trattamento si trovano nella sezione "Termini e Condizioni della polizza" di questo documento.

In caso di emergenza:

si sottoponga al trattamento d'emergenza di cui ha immediato bisogno e chiami l'Helpline in caso di domande sulla copertura;

informi l'Helpline del suo ricovero **entro 48 ore** dal verificarsi dell'emergenza. La notifica può essere effettuata da Lei stesso, dal suo medico o da un familiare. Le informazioni per compilare la richiesta di Garanzia di pagamento possono essere dettate per telefono al personale dell'Helpline.

Richiedere il rimborso delle spese fuori ricovero, dentali e altre

Se il trattamento non richiede pre-autorizzazione, basta pagare il conto e richiederci il rimborso delle spese. In questo caso, segua semplicemente questi passaggi:

Riceva il trattamento medico e paghi il fornitore di servizi sanitari.

Ottenga una fattura dal suo fornitore di servizi sanitari.

La fattura dovrebbe indicare il nome del paziente, la data (o date) del trattamento, la diagnosi o la patologia trattata, la data di manifestazione dei sintomi, la natura del trattamento ed il costo fatturato.

Richieda il rimborso delle spese ammissibili tramite la nostra applicazione MyHealth.

È sufficiente introdurre i dati del trattamento ricevuto, fotografare le fatture e finalmente premere "Invio".

In alternativa all'applicazione MyHealth, può anche richiedere il rimborso completando ed inoltrando un modulo di Richiesta di rimborso, scaricabile alla pagina:

www.allianzworldwidecare.com/it/risorse/view/risorse-per-gli-assicurati

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

La preghiamo di inviarci la richiesta di rimborso e tutta la documentazione di supporto, le fatture e le ricevute, tramite e-mail, fax oppure posta (i dettagli sono disponibili sul modulo).

Per ulteriori informazioni sul nostro processo di richiesta di rimborso, faccia riferimento a "Richieste di rimborso delle spese mediche" nella sezione "Termini e Condizioni della polizza" della presente guida.

Rapida evasione delle richieste di rimborso

Se la richiesta di rimborso che inoltra contiene tutte le informazioni necessarie, la compagnia assicurativa evaderà la sua pratica e pagherà il suo rimborso entro 48 ore dalla ricezione. Tuttavia, se la diagnosi non viene indicata, dovremo contattare Lei oppure il suo medico per ottenerla e ciò provoca ritardi nell'emissione del rimborso. La preghiamo di assicurarsi di aver incluso la diagnosi nella sua richiesta di rimborso.

Le sarà inviata un'e-mail automatica o una lettera per informarla che la sua pratica è stata evasa.

Evacuazioni mediche e rimpatri sanitari

Al primo segno che un'evacuazione medica o un rimpatrio sanitario siano necessari, contatti immediatamente l'Helpline (disponibile 24 ore su 24). Trattandosi di un'emergenza, le consigliamo vivamente di telefonare.

In alternativa, può inviarci un'e-mail. Se preferisce inviare un'e-mail, per favore includa la seguente frase nella barra dell'oggetto: "Urgente - Evacuazione / rimpatrio". Deve contattarci prima di rivolgersi ad altri operatori di servizi di trasporto medico, per evitare fatture potenzialmente gonfiate e ritardi non necessari nel processo di evacuazione / rimpatrio. Se il processo di evacuazione / rimpatrio non è organizzato da Allianz Partners, la compagnia assicurativa si riserva il diritto di declinare il rimborso delle spese.

+ (353) 1 630 1305

@ medical.services@allianzworldwidecare.com

E se ho bisogno di cure negli Stati Uniti?

Se la sua area geografica di copertura è "Mondo intero" e desidera trovare un medico o una struttura sanitaria negli Stati Uniti, acceda alla pagina web:

www.allianzworldwidecare.com/olympus

Se ha delle domande in merito ad un fornitore di servizi sanitari o se ne ha scelto uno e desidera fissare un appuntamento, la preghiamo di chiamarci.

(+1) 800 541 1983
(numero verde dagli Stati Uniti).

OLYMPUS

La sua azienda potrebbe avere scelto di fornirle una Tessera Caremark per le farmacie per permetterle di ottenere determinati farmaci e prodotti farmaceutici senza pagamento anticipato. Mostri questa tessera alla sua farmacia Caremark e la farmacia le confermerà se vi è un importo a suo carico o meno. La data di nascita riportata sulla prescrizione medica da presentare in farmacia dovrà corrispondere a quella della persona assicurata per la quale si stanno acquistando le medicine.

Qualora le venga fornita o meno di una Tessera Caremark, può inoltre ottenere una tessera sconto da utilizzare nelle farmacie per i casi in cui i medicinali prescritti dal suo medico non siano coperti dal suo programma. Per registrare ed ottenere la sua tessera sconto per spese di farmacia, visiti il sito:

members.omhc.com/awc/prescriptions.html

e clicchi su "Stampare la tessera sconto".

TERMINI E CONDIZIONI DELLA COPERTURA

TERMINI E CONDIZIONI DELLA POLIZZA

Questa sezione fornisce dettagli sulle prestazioni standard e sulle clausole della polizza di copertura sanitaria di gruppo. È necessario leggere questo documento unitamente al Certificato di assicurazione e all'Elenco delle prestazioni, al fine di assicurarsi di aver ben compreso il proprio grado di copertura.

- Nel **Certificato di assicurazione** si indica 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 polizza è soggetta a valutazione dello stato di salute, questo documento riporta anche ogni termine speciale che si applichi alla copertura. Le invieremo un nuovo Certificato di assicurazione per registrare ogni cambio nella polizza richiesto dalla sua compagnia, oppure da Lei (previa approvazione da parte della compagnia), come l'inclusione nella copertura di un nuovo familiare a carico, o ogni volta che la compagnia assicurativa abbia il diritto di effettuare dei cambi nella copertura.

- L'**Elenco delle prestazioni** è un documento in cui si indica il programma selezionato dall'azienda per l'assicurato e in cui si fornisce una lista completa di tutte le prestazioni coperte dalla 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 l'azienda dell'assicurato (o con l'assicurato, se questi è responsabile del pagamento del proprio premio assicurativo).

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

DESCRIZIONE DELLA COPERTURA

I programmi selezionati per Lei dalla sua azienda sono indicati nell'Elenco delle prestazioni, elencante tutte le prestazioni coperte e tutti i limiti applicabili. Per una spiegazione del modo in cui i limiti delle prestazioni vengono applicati al suo programma, consulti il paragrafo "Limiti delle prestazioni" a seguire.

Le sue prestazioni sono anche soggette a:

- definizioni ed esclusioni della polizza (disponibili anche in questo documento);
- **per le polizze con valutazione dello stato di salute:** eventuali condizioni particolari indicate sul suo Certificato di assicurazione (e sul modulo per le Condizioni Speciali rilasciato prima dell'attivazione della sua polizza, ove applicabile).

La copertura offerta

Per essere coperti dalla sua polizza, i trattamenti ed i servizi medici, i materiali sanitari ed i costi correlati presenti nell'Elenco delle prestazioni devono essere necessari per il paziente dal punto di vista medico ed appropriati per trattare la sua patologia o lesione. Si rimborsano solamente le spese mediche che sono "ragionevoli e consuetudinarie", ovvero quando sono conformi ai costi standard generalmente richiesti per una determinata procedura medica in un determinato Paese. Allianz Partners si riserva il diritto di ridurre l'ammontare del rimborso reclamato dall'assicurato qualora la tariffa applicata per un trattamento medico sia inappropriata.

Inizio e termine della copertura per il titolare e i familiari a carico

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 l'azienda dell'assicurato), a meno che l'assicurato non si sia aggiunto in copertura durante il corso di tale Anno assicurativo. Al temine del periodo di vigenza della polizza, l'azienda dell'assicurato può rinnovare il contratto sulla base dei Termini e Condizioni delle polizze aziendali vigenti in quel momento. L'assicurato sarà vincolato a tali termini e condizioni.

La copertura di eventuali familiari a carico inizia nella data di entrata in vigore che si indica sul Certificato di assicurazione. La copertura dei familiari a carico continuerà ad essere vigente fintanto che Lei continuerà ad essere coperto dal suo programma assicurativo aziendale (e fin tanto che eventuali figli minorenni a carico non avranno superato i limiti d'età prestabiliti). I figli a carico possono essere coperti dalla polizza del titolare fino al compimento dei 18 anni d'età, oppure fino al compimento dei 24 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 proprio nome.

Limiti delle prestazioni

L'Elenco delle prestazioni prevede due differenti massimali.

- Il **massimale del programma**, che riguarda solamente alcuni programmi, rappresenta la cifra complessiva che la compagnia rimborsa per assicurato e per Anno assicurativo, con riferimento alla totalità delle prestazioni comprese nel programma.
- Alcune prestazioni incluse nella copertura possono poi avere uno **specifico massimale di prestazione**, che può essere calcolato "per Anno assicurativo", "per durata della vita" o "per evento" (ad esempio: per viaggio, per visita medica o per gravidanza). In alcuni casi il massimale di prestazione indica che solo una percentuale dei costi è rimborsabile (ad esempio: 65% di rimborso, fino a 4.150 £ / 5.000 € / 6.750 US$ / 6.500 CHF).

Quando una prestazione è soggetta ad un massimale di prestazione, o ancora quando è soggetta a rimborso completo ("100%"), rimane comunque limitata al massimale del programma, sempre che il programma scelto ne preveda uno. Tutti i massimali sono intesi per assicurato e per Anno assicurativo, se non si specifica diversamente nel sua Elenco delle prestazioni.

I massimali applicabili alle prestazioni "Maternità" e "Complicanze della gravidanza e del parto" (se incluse nel suo programma) sono normalmente calcolati "per gravidanza" o "per Anno assicurativo" (consultare l'Elenco delle prestazioni per verificare che tipo di massimale si applica a queste prestazioni). Se il massimale della prestazione "Maternità" si applica "a gravidanza" e se la gravidanza del caso inizia in un Anno assicurativo e termina nel seguente, nel caso in cui il massimale del secondo anno venga cambiato al rinnovo della polizza, si applicherà quanto segue:

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

I trattamenti in regime di ricovero per i neonati frutto di parti gemellari conseguenti a trattamenti di riproduzione assistita sono coperti fino a un massimo di 24.900 £ / 30.000 € / 40.500 US$ / 39.000 CHF per neonato per i primi tre mesi di vita. I trattamenti fuori ricovero, invece, sono coperti dal Programma fuori ricovero (se selezionato).

RICHIESTE DI RIMBORSO E PROCESSO DI GARANZIA DI PAGAMENTO

Richieste di rimborso delle spese mediche

In relazione alle richieste di rimborso delle spese mediche, si fa notare quanto segue:

a) Tutte le richieste di rimborso devono essere inoltrare alla compagnia assicurativa tramite l'applicazione MyHealth oppure un modulo di Richiesta di rimborso entro e non oltre sei mesi dalla data di termine dell'Anno assicurativo. Se la copertura viene cancellata durante il corso dell'Anno assicurativo, le richieste di rimborso devono essere inoltrate entro e non oltre sei mesi dalla data di termine della copertura. Dopo tale scadenza, la compagnia assicurativa non è più tenuta ad effettuare alcun rimborso.

b) L'assicurato dovrà inoltrare (tramite l'applicazione MyHealth oppure un modulo di Richiesta di rimborso) una richiesta di rimborso per ogni persona e per ogni condizione medica per cui si richiede il rimborso. Si prega di notare che, oltre ai nostri moduli di Richiesta di rimborso in copia fisica o virtuale, se la sua azienda ha selezionato la nostra funzione Servizi Online, i membri possono ora avvalersi della nostra applicazione MyHealth per l'inoltro rapido e semplice delle richieste di rimborso.

c) È responsabilità dell'assicurato conservare la copia originale di tutti i documenti (ad esempio: ricevute delle spese mediche) inoltrati in fotocopia insieme ai moduli di Richiesta di rimborso. La compagnia assicurativa ha il diritto di richiedere le copie originali all'assicurato in qualsiasi momento fino a 12 mesi dopo il pagamento del rimborso, come parte del procedimento di revisione contabile. La compagnia assicurativa si riserva inoltre il diritto di richiedere all'assicurato un giustificativo del pagamento (ad esempio, un estratto conto bancario o della carta di credito) a supporto delle ricevute mediche inoltrate. È responsabilità dell'assicurato conservare copia di tutta la corrispondenza in generale intercorsa con Allianz Partners: la compagnia declina ogni responsabilità per la corrispondenza che non venga ricevuta per ragioni estranee al proprio controllo.

d) Se l'ammontare del rimborso da reclamare è inferiore a quello della franchigia prevista dal proprio programma assicurativo, l'assicurato deve conservare il modulo di Richiesta di rimborso e le ricevute relative, senza distruggerli o eliminarli. L'assicurato dovrà continuare a raccogliere i moduli di Richiesta di rimborso, sino a che l'importo totale delle Richieste di rimborso non risulti superiore all'importo della franchigia. Potrà a quel punto inviare tutti i moduli di Richiesta di rimborso compilati, unitamente alla relativa documentazione di supporto (ricevute e fatture).

e) Si prega di specificare sul modulo di Richiesta di rimborso la valuta in cui si desidera ricevere il rimborso. Tuttavia, in alcune occasioni, la compagnia assicurativa potrebbe non essere in grado di effettuare il pagamento nella valuta richiesta a causa dei regolamenti bancari internazionali. Se ciò si verifica, il pagamento viene effettuato in una valuta alternativa ed appropriata al caso dell'assicurato. Qualora si verifichi la necessità di eseguire una conversione tra due valute, viene utilizzato il tasso di cambio in vigore alla data di emissione della fattura o quello in vigore al momento della liquidazione del rimborso.

   Per favore, noti che ci riserviamo il diritto di scegliere quale tasso di cambio della valuta applicare.

f) Vengono rimborsate solo le spese corrispondenti a trattamenti coperti dalla polizza, nei limiti dei massimali previsti, dopo aver preso in considerazione eventuali Richieste di garanzia di pagamento (laddove richieste). Eventuali franchigie e scoperti indicati nell'Elenco delle prestazioni saranno presi in considerazione al momento di calcolare l'ammontare del rimborso.

g) Nel caso in cui il medico richieda al paziente di pagare una caparra prima di effettuare il trattamento, la compagnia rimborsa le spese solamente a trattamento concluso.

h) L'assicurato ed i familiari a carico si impegnano a fornire alla compagnia assicurativa tutte le informazioni necessarie per evadere le richieste di rimborso. La compagnia assicurativa si riserva il diritto di accedere a tutta la documentazione clinica dell'assicurato e a trattare direttamente con la struttura sanitaria o il medico curante dell'assicurato. Ove lo ritenga necessario, la compagnia si riserva il diritto di richiedere, a proprie spese, di sottoporre l'assicurato ad una visita medica presso uno dei suoi consulenti medici. Tutte le informazioni fornite saranno trattate con la massima riservatezza. In caso di inosservanza degli obblighi descritti da parte dell'assicurato o dei suoi familiari a carico, la compagnia si riserva il diritto di sospendere la copertura.

Liquidazione dell'indennità per morte accidentale

Se la prestazione "indennità per morte accidentale" è compresa nel programma di copertura sanitaria selezionato, l'indennità verrà liquidata se la compagnia assicurativa riceve notifica del decesso dell'assicurato entro e non oltre i 90 giorni lavorativi successivi alla data del decesso. La compagnia assicurativa dovrà ricevere i seguenti documenti:

- un modulo di Richiesta dell'indennità per morte accidentale;
- 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, documenti d'identità dei beneficiari dell'indennità ed 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 del coniuge, i figli dell'assicurato (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 del coniuge o dei figli, i genitori della persona assicurata. L'indennità verrà divisa in parti uguali tra di loro o verrà liquidata interamente a quello di loro ancora in vita;
- in mancanza di coniuge, figli o genitori, gli eredi della persona assicurata.

Se l'assicurato desidera nominare un beneficiario diverso da quelli elencati sopra può richiederlo contattando l'Helpline. Nell'eventualità in cui la persona assicurata ed 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

Qualora l'assicurato necessiti di trattamenti medici per colpa di terzi, deve informarne la compagnia per iscritto il più presto possibile (ad esempio, in caso di infortunio per incidente stradale di cui l'assicurato non ha responsabilità). In tali situazioni l'assicurato deve fare quanto possibile per ottenere dalla persona responsabile tutti i dati della sua assicurazione, per permettere ad Allianz Partners di recuperare il costo delle spese mediche rimborsate all'assicurato dalla compagnia assicurativa della persona responsabile dell'accaduto. Qualsiasi somma l'assicurato ottenga da parte di terzi come risarcimento per le spese sostenute e rimborsate da Allianz Partners deve essere risarcita alla compagnia con gli eventuali interessi.

Garanzia di pagamento

Alcune delle prestazioni sono soggette a pre-autorizzazione attraverso l'invio di un modulo di Garanzia di pagamento alla compagnia assicurativa. Nell'Elenco delle prestazioni, tali prestazioni sono usualmente indicate con un 1 oppure un 2.

Per sua comodità, a seguire sono indicati trattamenti e prestazioni che normalmente richiedono pre-autorizzazione tramite l'inoltro di un modulo di Garanzia di pagamento (questo può variare a seconda della copertura selezionata per Lei, pertanto la preghiamo di verificare sul suo Elenco delle prestazioni):

- tutte le prestazioni in regime di ricovero[1] (qualora sia necessario il pernottamento in ospedale);
- trattamenti in day-hospital[2];
- spese per un accompagnatore in caso di rimpatrio o evacuazione di un assicurato[2];
- dialisi renale[2];
- trattamento a lungo termine[2];
- evacuazione medica[2] (o rimpatrio sanitario[2], se previsto dalla polizza);
- risonanza magnetica (la pre-autorizzazione è necessaria solo se si preferisce che la compagnia assicurativa paghi le spese direttamente all'ospedale);
- assistenza infermieristica domiciliare o in convalescenziario[2];
- terapia occupazionale (la pre-autorizzazione è richiesta solo in caso di terapia fuori ricovero)[2];
- oncologia (la pre-autorizzazione è richiesta solo in caso di trattamenti in ricovero o in day-hospital)[2];
- chirurgia ambulatoriale[2];
- trattamento palliativo[2];
- PET (tomografia a emissione di positroni)[2] e TAC-PET[2];
- trattamento di riabilitazione[2];
- rimpatrio della salma[2];
- maternità, complicanze della gravidanza e complicanze del parto (la pre-autorizzazione è richiesta solo in regime di ricovero)[2];
- spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di evacuazione (o rimpatrio, se incluso nel programma)[2];
- spese di viaggio dei membri assicurati di una famiglia in caso di rimpatrio di salma[2].

L'invio della Richiesta di garanzia di pagamento permette alla compagnia assicurativa di valutare il caso medico rapidamente e di organizzare il pagamento diretto delle spese all'ospedale.
A meno che non vigano accordi differenti tra l'azienda dell'assicurato e la compagnia assicurativa, nei casi in cui la richiesta di Garanzia di pagamento non viene ottenuta per le prestazioni che la richiedano, si applica quanto segue:

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

PAGAMENTO DEL PREMIO

Se l'assicurato, per qualsiasi ragione, si ritrova a non poter pagare il premio entro il termine prestabilito, deve informarne la compagnia assicurativa, dal momento che il mancato pagamento potrebbe causare la cancellazione della copertura.

Se l'azienda è responsabile per il pagamento del premio assicurativo

Generalmente, l'azienda dell'assicurato si occupa del pagamento del premio assicurativo per tutti i dipendenti assicurati dalla polizza aziendale (ed eventuali loro familiari a carico), secondo quanto specificato nel Contratto aziendale. L'azienda è inoltre responsabile per il pagamento di eventuali tasse assicurative o imposte relative alla copertura degli assicurati. In alcuni casi, però, potrebbe essere richiesto all'assicurato di pagare le tasse assicurative sul premio. Per maggiori informazioni, consulti la sua azienda.

Se l'assicurato è responsabile per il pagamento del premio assicurativo

Se l'assicurato è responsabile per il pagamento del proprio premio assicurativo ad Allianz Partners, detto pagamento deve essere effettuato in anticipo rispetto al periodo di copertura al quale si riferisce, per tutta la durata del contratto. L'ammontare del premio concordato dalla propria azienda ed il frazionamento del pagamento scelto dall'assicurato vengono indicati sul Certificato di assicurazione. Il premio iniziale o la prima rata devono essere versati immediatamente dopo l'accettazione della copertura da parte della compagnia assicurativa. In caso di discrepanza tra il premio concordato nel preventivo e il premio riportato in fattura, ci contatti immediatamente. La compagnia non si assume alcuna responsabilità per i pagamenti effettuati tramite terzi. Il pagamento delle rate successive diventa esigibile il primo giorno del periodo di pagamento applicabile.

Oltre al premio, l'assicurato è responsabile per il pagamento di eventuali tasse assicurative e/o altri contributi che vengano imposti dopo la sottoscrizione della polizza e che la compagnia debba liquidare o farsi liquidare dall'assicurato. Ogni addebito di questo tipo sarà visibile in fattura. Anche eventuali tasse e imposte verranno indicate in fattura.

La compagnia assicurativa informa per iscritto l'assicurato nel caso in cui si applichino variazioni alle tasse o imposte normalmente pagate dall'assicurato. Se l'assicurato non accetta le variazioni, ha il diritto di scegliere di cancellare la polizza. In questo caso, le variazioni non entrano in vigore per l'assicurato purché la richiesta di cancellazione pervenga entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore delle modifiche, o, alternativamente, entro 30 giorni dalla data di comunicazione delle modifiche da parte della compagnia, se questa è effettuata dopo l'entrata in vigore delle modifiche.

Ogni anno, in occasione del rinnovo, potremmo cambiare il metodo di calcolo del premio, l'ammontare del premio ed il metodo di pagamento. Se ciò accade, l'assicurato viene informato per iscritto e le eventuali modifiche diventano valide a partire dalla data di rinnovo della polizza dell'assicurato. Eventuali modifiche dei termini di pagamento possono essere richieste dall'assicurato al momento di rinnovare la polizza e devono essere richieste alla compagnia assicurativa entro 30 giorni prima della data del rinnovo.

AMMINISTRAZIONE DELLA SUA POLIZZA

Inclusione di familiari a carico

L'assicurato può richiedere l'inclusione nella copertura dei suoi familiari a carico, se il contratto stipulato dalla sua azienda con noi lo consente. La richiesta di inclusione di un familiare nella copertura deve essere effettuata attraverso l'azienda, se non diversamente concordato da questa con la compagnia assicurativa.

Per **le polizze di gruppo non soggette a valutazione dello stato di salute**, i neonati vengono inclusi nella copertura dal giorno della loro nascita, a condizione che la compagnia riceva richiesta di inclusione entro le prime quattro settimane di vita. Per includere un neonato nella polizza, deve chiedere alla sua azienda di inoltrare una richiesta per iscritto, includente il certificato di nascita, al referente abituale presso Allianz Partners per effettuare i cambi nella lista degli assicurati. Se la richiesta viene inoltrata più tardi delle quattro settimane menzionate, la copertura del neonato inizia a partire dalla data in cui la richiesta viene ricevuta.

Per le polizze di gruppo soggette a valutazione dello stato di salute, i neonati vengono inclusi nella copertura dal giorno della loro nascita senza necessità di presentare una dichiarazione sul loro stato di salute (eccezion fatta per i neonati frutto di parti gemellari e per i bambini adottati o in affidamento), a condizione che la compagnia assicurativa ne riceva richiesta entro le prime quattro settimane dopo il parto, e a condizione che uno dei due genitori biologici (o uno dei due genitori committenti, in caso di maternità surrogata) sia stato da noi assicurato per un periodo continuativo di almeno sei mesi. Per includere un neonato nella sua polizza, l'assicurato deve chiedere alla sua azienda di inoltrare una richiesta scritta, insieme ad una copia del certificato di nascita, all'Ufficio valutazione dello stato di salute (Underwriting Team) al seguente indirizzo e-mail:

@ underwriting@allianzworldwidecare.com

Se la richiesta viene inoltrata più tardi delle quattro settimane menzionate, la copertura del neonato sarà soggetta ad anamnesi medica ed inizierà a partire dalla data in cui la richiesta viene ricevuta.

Tutti i neonati frutto di parto gemellare e i bambini adottati sono soggetti a valutazione dello stato di salute e la copertura ha inizio solo a partire dalla data di accettazione.

Una volta accettata l'inclusione del bambino nella copertura, la compagnia assicurativa rilascia all'assicurato un Certificato di assicurazione aggiornato, in cui si riflette l'inclusione del bambino: il Certificato di assicurazione aggiornato rimpiazza ogni versione precedente dello stesso in possesso dell'assicurato.

Cambiare Paese di residenza

Deve informare la compagnia assicurativa se intende trasferirsi in un altro Paese, dal momento che il cambio di residenza potrebbe avere effetti sulla copertura o sul premio (anche se il Paese di destinazione è incluso nella sua area geografica di copertura). La sua copertura non sarà più valida se il suo Paese d'origine (come nuovo Paese di residenza) non si trova all'interno dell'area geografica di copertura selezionata. La preghiamo di considerare che in alcuni Paesi la copertura è soggetta a delle restrizioni legali locali in merito alla copertura assicurativa sanitaria, che si applicano soprattutto a coloro che sono permanentemente residenti in quel determinato Paese. L'assicurato ha la responsabilità di accertarsi che la propria copertura sanitaria sia idonea a fini di legge. Se dovesse avere dei dubbi in merito, le raccomandiamo di consultare un consulente legale, dal momento che potremmo trovarci nell'impossibilità di continuare ad offrirle copertura assicurativa. La copertura fornita da Allianz Partners non è sostitutiva della copertura assicurativa sanitaria obbligatoria in vigenza in determinati Paesi. La notifica del cambio di residenza deve essere inoltrata alla compagnia assicurativa attraverso l'azienda dell'assicurato, salvo quando vigano accordi differenti.

Cambio di indirizzo o di indirizzo e-mail

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

Corrispondenza

La corrispondenza scritta deve essere inviata ad Allianz Partners per e-mail o posta semplice, con affrancatura a carico del mittente. La compagnia assicurativa normalmente non restituisce i documenti originali al mittente, eccetto quando l'assicurato lo richieda al momento di inoltrarli.

Rinnovo della polizza

Se la sua azienda paga il suo premio assicurativo, il rinnovo della sua polizza (e di quella di eventuali familiari a carico) dipende dalla decisione dell'azienda di rinnovare o meno il Contratto aziendale.

Se paga il suo premio assicurativo, la sua polizza (e quella dei suoi familiari a carico, ove applicabile) viene automaticamente rinnovata per un altro Anno assicurativo se la sua azienda rinnova il Contratto aziendale, a condizione che la compagnia assicurativa possa ancora fornire copertura nella sua area di residenza, che tutti i premi dovuti alla compagnia siano stati liquidati e che i dati di pagamento dell'assicurato non siano cambiati. Per favore, ci aggiorni se riceve una carta di credito nuova o sostitutiva oppure se i dati del suo conto bancario sono cambiati.

Termine della copertura

L'azienda contraente può cancellare la copertura dei propri dipendenti assicurati o quella dei loro familiari a carico inviandone richiesta per iscritto alla compagnia assicurativa. La cancellazione della copertura non può essere retrodatata. La copertura termina automaticamente se:

- il contratto vigente tra Allianz Partners e l'azienda dell'assicurato non viene rinnovato al termine dell'Anno assicurativo;
- la sua azienda decide di cancellare la copertura o di non rinnovare la sua copertura assicurativa;

- la sua azienda non paga il premio o qualsiasi altro saldo dovuto secondo i termini del Contratto aziendale;
- Lei è responsabile del pagamento per il premio e non ha provveduto al pagamento del premio o di eventuali altri pagamenti dovuti ai sensi del Contratto aziendale con Allianz Partners;
- Lei cessa di essere legato alla sua azienda da un contratto di impiego;
- il titolare della polizza viene a mancare.

Allianz Partners può cancellare la copertura di un assicurato e quella dei suoi familiari a carico ove abbia ragionevole motivo di sospettare che questi abbia tenuto o tentato di tenere un comportamento ingannevole, fornendo informazioni non veritiere o omettendone di necessarie o, ancora, agevolando altri, sia intenzionalmente che per incuria, nel fornire informazioni false, tali da influenzare la compagnia assicurativa nel decidere:

- sull'opportunità di includere una persona nella copertura;
- sull'ammontare del premio assicurativo che l'azienda deve pagare;
- sulla legittimità del pagamento delle rendite.

Scadenza della polizza

Il diritto al rimborso delle spese mediche termina alla scadenza della polizza assicurativa. I rimborsi delle spese mediche coperte dalla polizza e sostenute dall'assicurato durante il periodo di validità della medesima sono effettuati dalla compagnia assicurativa fino a sei mesi dopo la data di scadenza del contratto. Tuttavia, i trattamenti medici che l'assicurato continui a ricevere dopo la data di scadenza della polizza, anche se iniziati durante il periodo di validità della copertura e anche se relazionati ad altri trattamenti conclusisi durante il periodo di validità della polizza, non saranno più coperti dalla polizza.

Richiedere copertura privata quando termina la copertura offerta dal suo gruppo

Se smette di essere coperto dal programma assicurativo aziendale, può richiedere il trasferimento ad uno dei nostri Programmi di copertura sanitaria per privati semplicemente inviandoci un'e-mail (dettagli a seguire). Per passare ad una polizza privata, le potrebbe essere richiesto di sottoporsi ad una valutazione dello stato di salute. La compagnia assicurativa si riserva il diritto di decidere sull'opportunità di accettare la sua richiesta di trasferimento ad una polizza privata. La richiesta deve essere effettuata entro un mese dalla data in cui lascia la polizza aziendale. Se accettiamo la sua richiesta di copertura, la data di entrata in vigenza della nuova polizza privata corrisponderà al giorno successivo a quello in cui ha lasciato il programma di gruppo.

@ welcome.back@allianzworldwidecare.com

ULTERIORI TERMINI E CONDIZIONI DI POLIZZA

Vengono riportati di seguito ulteriori importanti Termini e Condizioni della polizza.

1. **Giurisdizione:** Il suo contratto assicurativo è soggetto alla legge francese, eccetto nei casi in cui le norme e le regolamentazioni locali applicabili alla sua situazione e ubicazione impongano diversamente. Eventuali controversie che non possano essere risolte diversamente devono essere sottoposte alla giurisdizione dei tribunali francesi.

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

3. **Responsabilità della compagnia assicurativa:** la nostra responsabilità nei confronti dell'assicurato è limitata alla copertura indicata nell'Elenco delle prestazioni e negli altri documenti di polizza. In nessun caso l'importo rimborsato complessivamente da Allianz Partners, dal programma sanitario pubblico e/o da altre assicurazioni, potrà superare l'importo totale della fattura.

4. **Terzi:** nessuno (ad eccezione delle persone nominate dal titolare della polizza o dell'Amministratore di polizza aziendale) è autorizzato ad apportare o confermare modifiche alla polizza per conto dell'assicurato, né a decidere di non rispettare i diritti della compagnia assicurativa. Nessuna modifica apportata alla copertura sarà valida se non specificatamente concordata tra noi e l'azienda dell'assicurato.

5. **Responsabilità di terzi:** se l'assicurato o uno dei familiari a carico ha diritto di ricevere, dalla previdenza sociale o in virtù di altre coperture assicurative o da qualsiasi parte terza, il rimborso delle spese per le quali è stata inoltrata richiesta di rimborso ad Allianz Partners, quest'ultima si riserva il diritto di rifiutare il pagamento del rimborso. Qualora abbia diritto di ricevere rimborsi dalla previdenza sociale o da altre coperture assicurative o da qualsiasi parte terza, l'assicurato è tenuto a informarne la compagnia, fornendo tutte le informazioni necessarie. L'assicurato e la parte terza non possono prendere alcun accordo sul rimborso o ignorare il diritto della compagnia a recuperare un rimborso effettuato senza avere ottenuto il benestare della compagnia stessa per iscritto. In caso contrario, la compagnia assicurativa avrà diritto di esigere dall'assicurato il risarcimento dei rimborsi pagati e di annullare la polizza. La compagnia assicurativa ha diritto alla surrogazione e può iniziare azioni legali in nome dell'assicurato, anche se a proprie spese, per recuperare, a proprio vantaggio, l'equivalente delle somme da questi percepite o a lui spettanti dalla previdenza sociale o da altre coperture assicurative o da qualsiasi parte terza. La compagnia assicurativa non offrirà alcun contributo, parziale o totale, ad alcuna compagnia assicurativa che agisca come parte terza, qualora una richiesta di rimborso riguardante questa assicurazione fosse anche coperta in tutto o in parte da una qualsiasi altra assicurazione, ad eccezione di qualsiasi eccedenza oltre l'importo coperto da tale altra assicurazione, qualora la presente assicurazione non fosse stata utilizzata.

6. **Forza maggiore:** non saremo responsabili per qualsiasi fallimento o ritardo nell'esecuzione dei nostri obblighi ai sensi di questa polizza assicurativa causati o derivanti da cause di forza maggiore che includono, ma non si limitano, a: avvenimenti imprevedibili, fortuiti o inevitabili come, a titolo di esempio, avverse condizioni atmosferiche, inondazioni, slavine, terremoti, nubifragi, tempeste elettriche, incendi, subsidenze, epidemie, atti terroristici, ostilità militari (in caso di guerra o no), rivolte, esplosioni, scioperi o alterazioni dell'ordine dell'attività lavorativa, alterazioni dell'ordine civile, sabotaggi, espropriazioni da parte di attività governative e qualsiasi altro atto o avvenimento che sia al di fuori del controllo della compagnia assicurativa.

7. **Cancellazione della polizza e frode:**

a) Per le **polizze di gruppo soggette a valutazione dello stato di salute**, la polizza viene annullata, a partire dalla data di entrata in vigore, nel caso in cui l'assicurato o i familiari a suo carico forniscano informazioni non corrette o nascondano dati importanti che possano influire sulla valutazione del rischio assicurativo: dette informazioni o dati importanti comprendono anche le risposte alle domande riportate sul modulo di sottoscrizione rilevante. Le patologie che si manifestino nel periodo compreso tra la compilazione del modulo di sottoscrizione rilevante e la data d'inizio della polizza saranno parimenti considerate preesistenti. Tali condizioni preesistenti saranno soggette a valutazione dello stato di salute e, se non dichiarate, non verranno coperte. Nel caso in cui l'assicurato non sia sicuro della rilevanza di determinate informazioni riguardanti la propria storia clinica, è comunque tenuto ad informarne la compagnia assicurativa.

b) La compagnia assicurativa rifiuterà di pagare il rimborso delle spese mediche qualora la richiesta di rimborso presentata risulti sotto qualsiasi profilo falsa, fraudolenta o intenzionalmente esagerata, o nel caso in cui l'assicurato e/o i suoi familiari a carico o ancora terzi che agiscano a loro nome adottino mezzi illeciti o fraudolenti al fine di ottenere i le prestazioni offerte dalla polizza. Qualsiasi importo eventualmente liquidato prima della scoperta dell'atto fraudolento o dell'omissione diventerà immediatamente esigibile da parte della compagnia assicurativa. La compagnia assicurativa si riserva il diritto di informare l'azienda dell'assicurato in merito ad eventuali frodi.

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

9. **Utilizzo del servizio MediLine:** le informazioni mediche fornite da MediLine non devono essere intese come sostitutive delle consulenze, prescrizioni, indicazioni ed assistenza forniti dal proprio medico. La consulenza offerta da questo servizio non ha finalità diagnostiche o terapeutiche. È necessario rivolgersi sempre al proprio medico prima di intraprendere qualsiasi trattamento. I fruitori del servizio comprendono e accettano che Allianz Partners non è responsabile in merito a richieste di risarcimento, perdite o danni direttamente o indirettamente derivanti dall'impiego di questo servizio o dalle informazioni ottenute tramite esso. Le chiamate a MediLine vengono registrate e potrebbero essere monitorate a fini di formazione del personale e controllo qualità.

PROTEZIONE DEI DATI E RILASCIO DI INFORMAZIONI MEDICHE

Allianz Partners, parte dell'Allianz Group, è una compagnia assicurativa francese autorizzata.

La compagnia ottiene ed utilizza i dati personali dei propri clienti allo scopo di calcolare preventivi, valutare l'opportunità di concedere copertura assicurativa, riscuotere i premi, rimborsare le spese mediche reclamate e per qualsiasi altro proposito direttamente relazionato con l'amministrazione delle polizze, in conformità con il contratto assicurativo.

La riservatezza dei dati degli assicurati e dei pazienti è di fondamentale importanza per Allianz Partners.

In tutti i moduli che dovrà compilare in relazione a questa copertura (ad esempio i moduli di Richiesta di rimborso, i moduli di Garanzia di trattamento, i moduli di Richiesta di sottoscrizione, ecc. oppure ogni altra documentazione giustificativa fornita, di seguito indicati come "documenti rilevanti"), Allianz Partners sarà il responsabile del trattamento dei dati per qualsiasi informazione personale che la riguardi in nostro possesso. Firmando qualsiasi documento rilevante, accetta la seguente politica di protezione dei dati:

a) **Uso:** le informazioni personali fornite dagli assicurati vengono utilizzate dalla compagnia assicurativa per l'amministrazione della polizza (ad esempio, per la valutazione del rischio assicurativo, l'elaborazione delle richieste di rimborso e l'accertamento frode). La compagnia assicurativa potrebbe gestire le informazioni personali attraverso terzi: i terzi, che potrebbero non avere sede all'interno della Comunità Economica Europea (CEE), sono soggetti a contratti di fornitura di servizi che includono clausole sulla protezione dei dati e sulla riservatezza, in conformità alla Direttiva sulla protezione dei dati personali.

b) **Dati sensibili:** Allianz Partners può richiedere agli assicurati di fornire dati sensibili (ad esempio, i dati clinici relativi alla loro salute) per valutare i limiti della copertura da offrire o per amministrare le richieste di rimborso.

c) **Divulgazione:** Allianz Partners potrebbe in alcuni casi condividere le informazioni personali dell'assicurato con i propri broker, con altre aziende di Allianz Group, con altre compagnie assicurative e con i loro intermediari, con fornitori di servizi medici, ed infine con eventuali intermediari che agiscano in rappresentanza dell'assicurato. La compagnia assicurativa potrebbe inoltre condividere tali dati sensibili con enti statali o con autorità di regolazione delle quali la compagnia assicurativa è membro o alle cui norme è soggetta. Infine, in alcuni casi speciali, la compagnia di copertura potrebbe ricorrere ad un investigatore privato per indagare sulle circostanze di una richiesta di rimborso inoltrata dall'assicurato.

d) **Conservazione:** siamo obbligati per legge a conservare le informazioni personali dell'assicurato per un periodo minimo di dieci anni dopo il termine dell'assicurazione. La compagnia non li conserverà per un periodo superiore al necessario e per scopi estranei alla realizzazione dei propositi per cui sono stati ottenuti.

e) **Rappresentanza e Consenso:** firmando ogni modulo rilevante, l'assicurato garantisce ed afferma di avere autorità di agire a nome dei familiari a proprio carico per fornire le loro informazioni personali alla compagnia; di avere autorità nel divulgare dette informazioni per gli usi descritti sopra; di acconsentire all'elaborazione, divulgazione, uso e conservazione delle proprie informazioni personali e di quelle dei propri familiari a carico.

f) **Accesso:** l'assicurato ha diritto di richiedere e di ricevere copia delle proprie informazioni personali in possesso della compagnia. Gli assicurati hanno inoltre il diritto di richiedere la modifica o l'annullamento di qualsiasi informazione che li riguarda, ove questa sia imprecisa o obsoleta. Se si desidera esercitare tale diritto, è necessario scrivere al garante della protezione dei dati presso l'indirizzo indicato al termine del presente documento o, in alternativa, è possibile scrivere al seguente indirizzo e-mail:

@ client.services@allianzworldwidecare.com

g) **Registrazione delle chiamate telefoniche:** le chiamate all'Helpline vengono registrate e potrebbero essere monitorate a fini di formazione del personale e di controllo qualità e a fini regolamentari.

PROCEDURA PER I RECLAMI

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

(+353) 1 630 1305

@ **client.services@allianzworldwidecare.com**

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

La compagnia assicurativa gestirà i reclami in base alla propria procedura interna per la gestione dei reclami, specificata alla seguente pagina:
www.allianzworldwidecare.com/it/complaints

È inoltre possibile contattare l'Helpline per richiedere una copia della procedura.

DEFINIZIONI

Le definizioni che seguono spiegano il significato delle parole e delle frasi comunemente utilizzate nei nostri documenti di polizza. La maggior parte di queste definizioni spiega il significato delle prestazioni normalmente coperte dai vari programmi di Allianz Partners: per verificare quali di queste prestazioni sono coperte dal suo programma, consulti il suo Elenco delle prestazioni. Se nel programma selezionato sono incluse prestazioni speciali, le definizioni a queste corrispondenti appariranno nella sezione "Note" che si trova al termine dell'Elenco delle prestazioni. Quando le parole e le frasi che seguono appaiano in un documento di polizza, avranno il significato che si definisce di seguito:

A

Acuto: si riferisce ad una crisi improvvisa.

Amministratore di polizza: persona designata dall'azienda a rappresentarla nell'amministrazione dell'assicurazione. L'amministratore di polizza agisce da punto di riferimento all'interno dell'azienda per la compagnia assicurativa e si occupa di amministrare le operazioni di gestione della polizza, come ad esempio richiedere alla compagnia assicurativa l'inclusione di nuovi assicurati, organizzare il pagamento del premio e gestire il rinnovo del contratto.

Anno assicurativo: decorre dalla data apposta sul Certificato di assicurazione e termina esattamente un anno dopo. L'anno assicurativo successivo coincide con quello definito nel Contratto aziendale.

Assicurato: si riferisce a tutte le persone idonee alla copertura elencate nel Certificato di assicurazione.

Assistenza infermieristica domiciliare o in convalescenziario: assistenza infermieristica prestata subito dopo un trattamento in ricovero ospedaliero o in day-hospital, o in alternativa a questo. Questa prestazione, se compresa nell'Elenco delle prestazioni, verrà coperta solo se richiesta dal medico curante del paziente e concordata con il medico responsabile della compagnia assicurativa il soggiorno in convalescenziario o l'assistenza di un infermiere presso il domicilio devono essere da entrambi dichiarati necessari dal punto di vista 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 (si prega di verificare le definizioni di "Trattamento palliativo" e "Trattamento a lungo termine").

Azienda: compagnia o organizzazione presso la quale lavora l'assicurato, e il cui nome viene specificato nel Contratto aziendale.

C

Certificato di assicurazione: documento rilasciato da Allianz Partners che riporta i dati della copertura e che conferma l'esistenza di un contratto tra l'azienda dell'assicurato e la compagnia assicurativa.

Chirurgia ambulatoriale: è un intervento chirurgico eseguito in un ambulatorio o struttura sanitaria ove non sia richiesto il ricovero notturno del paziente.

Chirurgia dentale: si riferisce all'estrazione chirurgica di denti o ad altro procedimento chirurgico dentale (ad esempio, l'apicectomia) e ai farmaci odontoiatrici prescritti. Tutte le procedure diagnostiche necessarie per stabilire la necessità della chirurgia dentale (ad esempio: radiografie, test di laboratorio, TAC e risonanza magnetica) sono coperte da questa prestazione. La chirurgia dentale non comprende eventuali trattamenti chirurgici relativi a impianti dentali.

Compagnia assicurativa: Allianz Partners.

Complicanze della gravidanza si riferiscono allo stato di salute della madre. La prestazione riguarda unicamente le seguenti situazioni che potrebbero presentarsi nel periodo antecedente il parto: gravidanza extrauterina, diabete gestazionale, preeclampsia, aborto spontaneo, minacce d'aborto, parto di feto morto e mola idatiforme.

Complicanze del parto: si riferisce esclusivamente alle condizioni mediche che si presentano durante il parto medesimo e richiedono un intervento ostetrico, ossia: emorragia post-partum e mancata espulsione della membrana placentare. Il parto cesareo, purché necessario da un punto di vista medico, rientra in questa prestazione solo se il programma assicurativo include anche la prestazione "Maternità".

Contratto aziendale: contratto sottoscritto dall'azienda dell'assicurato, in virtù del quale a quest'ultimo viene garantita copertura sanitaria. Il contratto stabilisce quali dipendenti dell'azienda possono essere assicurati, quando ha inizio la copertura, come questa deve essere rinnovata e come avviene il pagamento.

Costi di pernottamento in ospedale per un genitore che accompagna un figlio assicurato: sono i costi di pernottamento in ospedale per un genitore, durante tutto il periodo di ricovero del minore che riceve trattamenti coperti dalla polizza. Qualora non siano disponibili posti letto in ospedale per il genitore, la compagnia copre le spese equivalenti al costo per notte di una stanza in un hotel a tre stelle, indipendentemente da quali siano state le spese di pernottamento effettivamente sostenute. Non verranno comunque incluse spese varie quali, a titolo esplicativo e non esaustivo, i costi relativi a vitto, telefono o giornali. Consultare l'Elenco delle prestazioni per verificare se vigono limiti di età in riferimento al figlio ricoverato.

Cure del neonato: accertamenti medici di routine mirati a valutare l'integrità delle funzioni basilari degli organi e della struttura scheletrica del neonato. Gli accertamenti devono essere eseguiti immediatamente dopo la nascita. Dalla copertura sono escluse ulteriori procedure diagnostiche o preventive, quali tamponi faringei, test ematici e prove audiometriche. Qualsiasi trattamento o test ulteriore alle cure di base sarà coperto dalla polizza specifica del bambino. I trattamenti in regime di ricovero per i neonati frutto di parti gemellari conseguenti a trattamenti di riproduzione assistita sono coperti fino a un massimo di 24.900 £ / 30.000 € / 40.500 US$ / 39.000 CHF per neonato per i primi tre mesi di vita. I trattamenti fuori ricovero, invece, sono coperti dal Programma fuori ricovero (se selezionato).

Cure dentali: includono un check-up dentistico annuale, le otturazioni, la cura della carie, il trattamento del canale della radice e i farmaci odontoiatrici prescritti.

Cure dentali d'emergenza fuori ricovero: sono le 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. Tra le cure dentali d'emergenza fuori ricovero si annoverano la pulpotomia o la pulpectomia e le conseguenti otturazioni temporanee (tre al massimo per Anno assicurativo). 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. Le spese mediche eccedenti il massimale della prestazione "Cure dentali d'emergenza fuori ricovero" (del Programma principale) sono coperte dal Programma di cure dentali, se selezionato.

Cure dentali d'emergenza in regime di ricovero: sono le cure dentali di emergenza che si rendono necessarie a causa di un grave incidente o infortunio, tale da richiedere il ricovero ospedaliero. Le cure devono essere prestate entro 24 ore dal verificarsi dell'emergenza. Non vengono incluse in questa definizione le cure dentali di routine, gli interventi chirurgici odontoiatrici, le protesi dentali, i trattamenti ortodontici o le cure parodontali. Se tali prestazioni sono comprese nella copertura, queste verranno elencate separatamente nell'Elenco delle prestazioni.

Cure d'emergenza al di fuori dell'area geografica di copertura: 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 viene fornita per un periodo massimo di sei settimane per viaggio, nei limiti del massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni. La prestazione copre non solo le emergenze in caso di incidente, ma anche l'improvvisa insorgenza o il riacutizzarsi di una patologia grave che rappresenti un pericolo immediato per la salute dell'assicurato. Per essere coperte da questa prestazione, le cure mediche devono essere prestate da un medico generico o da uno specialista entro 24 ore dal verificarsi dell'emergenza. La prestazione non copre le visite di controllo e le cure che non siano di emergenza, anche quando il paziente non sia in condizione di trasferirsi in un Paese compreso nella propria area di copertura per ricevere trattamento. Le spese mediche relative alla maternità, alla gravidanza, al parto e alle complicanze della gravidanza o del parto non sono coperte da questa prestazione. Se si desidera trascorrere un periodo superiore alle sei settimane fuori dalla propria area di copertura, consultare l'Amministratore di polizza della propria azienda.

Cure d'emergenza fuori ricovero: sono i trattamenti ricevuti in un pronto soccorso a seguito di un incidente, infortunio o improvviso malessere per il quale l'assicurato non necessita di ricovero ospedaliero. Le cure devono essere prestate entro 24 ore dal verificarsi dell'emergenza. Le spese mediche eccedenti il massimale della prestazione "Cure d'emergenza fuori ricovero" (del Programma principale) sono coperte dal Programma fuori ricovero, se selezionato.

Cure in regime di ricovero: cure ricevute in un ospedale o clinica dove si renda necessario il pernottamento.

Cure parodontali: si riferiscono ai trattamenti dentali correlati ai disturbi gengivali.

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 all'amniocentesi coperta).

E

Emergenza: insorgenza di una condizione sanitaria improvvisa e imprevista che richiede assistenza medica urgente. Vengono coperte in qualità di cure d'emergenza solo quelle cure iniziate entro le 24 ore dall'evento che le ha determinate.

Evacuazione medica: viene utilizzata, in caso di emergenza, qualora le cure necessarie coperte dal programma assicurativo non siano disponibili in loco o non vi sia disponibilità di sangue compatibile ed adeguatamente verificato e di materiale trasfusionale. L'assicurato viene evacuato al centro medico idoneo più vicino (che potrebbe essere o meno situato nel Paese di origine dell'assicurato) tramite ambulanza, elicottero o aeroplano. L'evacuazione deve essere richiesta dal medico del paziente assicurato e viene gestita nel modo più economico possibile, ma nel pieno rispetto delle condizioni di salute dell'assicurato. Terminata la cura, la compagnia rimborsa all'assicurato evacuato il costo del viaggio di ritorno in classe economica al proprio Paese di residenza principale.

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

Se l'assicurato è stato evacuato nel centro medico più appropriato e più vicino per ricevere trattamenti prolungati, verranno coperte le spese per l'alloggio in una stanza d'hotel con bagno. Il costo della stanza dovrà essere più economico dei successivi costi di trasporto dal centro medico al 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 verificato necessario per una trasfusione non sia disponibile in loco, tenteremo, ove opportuno e ove richiesto dal medico trattante, di reperire e trasportare sangue compatibile e verificato ed attrezzature trasfusionali sterili. Si procederà all'operazione descritta anche nei casi in cui tale provvedimento sia consigliato dal team di medici della compagnia assicurativa. Allianz Partners 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.

L'assicurato deve contattare Allianz Partners al primo segno che un'evacuazione medica sia necessaria. Allianz Partners organizza e coordina tutte le fasi del processo di evacuazione, fino a quando il paziente raggiunge il centro medico di destinazione. Se il processo di evacuazione non è organizzato da Allianz Partners, la compagnia assicurativa si riserva il diritto di declinare il rimborso delle spese.

F

Familiare a carico: coniuge o compagno/a dell'assicurato (anche dello stesso sesso) e/o figli non sposati (anche se figliastri, in adozione o in affidamento) di età inferiore ai 18 anni, o ai 24 anni se studenti a tempo pieno, finanziariamente dipendenti dall'assicurato e indicati come familiari a carico nel Certificato di assicurazione.

Farmaci da banco con prescrizione: sono i prodotti comprendenti, a titolo esplicativo e non esaustivo, insulina, aghi ipodermici e siringhe, prescritti da un medico per la cura di una patologia diagnosticata o per l'integrazione di sostanze basilari nell'organismo. Questi prodotti devono essere di comprovata efficacia per curare la condizione medica del paziente e devono essere approvati dall'autorità regolatrice in materia farmacologica del Paese in cui vengono prescritti. Per ottenere la copertura dei costi sotto la prestazione "Farmaci da banco con prescrizione", i prodotti devono essere prescritti, anche se legalmente la prescrizione non è necessaria per acquistarli nel Paese in cui l'assicurato si trova.

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 condizione medica del paziente e devono essere approvati dall'autorità regolatrice in materia farmacologica del Paese in cui sono prescritti. I farmaci d'odontoiatria prescritti non includono collutori, prodotti al fluoruro, gel antisettici e dentifrici.

Fisioterapia (senza prescrizione medica): è un trattamento eseguito da un fisioterapista abilitato senza impegnativa del medico curante. Se questa prestazione è inclusa nel proprio programma, la copertura è limitata al numero di sedute indicato nell'Elenco delle prestazioni. Se fosse necessario ricevere sedute aggiuntive a quelle indicate, sarà necessario presentare l'impegnativa del medico curante affinché la copertura continui, dal momento che le sedute aggiuntive saranno coperte dalla prestazione separata chiamata "Fisioterapia (su prescrizione medica)". La fisioterapia (tanto prescritta, come nella combinazione di prescritta e non prescritta) è inizialmente limitata a 12 sedute per patologia, in seguito alle quali viene richiesta un'ulteriore visita di controllo. Nel caso in cui dovessero essere necessarie ulteriori sedute, il medico dovrà fornire alla compagnia assicurativa un certificato attestante la necessità medica di ulteriori trattamenti. La fisioterapia non include il Rolfing, i massaggi, il metodo Pilates, il metodo Milta e la fangoterapia.

Fisioterapia (su prescrizione medica): è un trattamento prescritto da un medico ed eseguito da un fisioterapista abilitato. La fisioterapia è inizialmente limitata a 12 sedute per patologia, in seguito alle quali viene richiesta un'ulteriore visita di controllo da parte del medico che ha richiesto la fisioterapia per il paziente. Laddove sedute supplementari siano necessarie, un certificato medico sul progresso della terapia dovrà essere inoltrato alla compagnia assicurativa ogni 12 sedute, per documentare che la continuazione della fisioterapia è necessaria dal punto di vista medico. La fisioterapia non include il Rolfing, i massaggi, il metodo Pilates, il metodo Milta e la fangoterapia.

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'assicurato e che viene dedotto dalla cifra rimborsabile. Se l'assicurato ha selezionato una franchigia per la propria polizza, questa si applica a persona, ad Anno assicurativo, a meno che non sia indicato diversamente nell'Elenco delle prestazioni. Le franchigie possono applicarsi in maniera indipendente a un singolo programma, ad esempio al Programma principale, al Programma fuori ricovero, al Programma di cure dentali o al Programma di rimpatrio sanitario - oppure possono applicarsi in maniera cumulativa alla combinazione di tutti i programmi scelti per l'assicurato.

G

Gravidanza: periodo compreso tra la data di diagnosi biologica dello stato di gravidanza e il parto.

I

Indennità di ricovero: è l'importo pagato all'assicurato quando riceve gratuitamente delle prestazioni in ricovero coperte dalla polizza. L'indennità viene pagata per notte, fino all'ammontare massimo specificato nell'Elenco delle prestazioni, e viene liquidata solo dopo la dimissione dall'ospedale.

Indennità per morte accidentale: corrisponde a una cifra indicata nell'Elenco delle prestazioni che viene liquidata dalla compagnia assicurativa 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 ed i sintomi relazionati all'infortunio devono essere obiettivamente definibili dal punto di vista medico, essere diagnosticabili e richiedere una terapia.

Intervento chirurgico orale e maxillo-facciale: si riferisce all'intervento chirurgico operato da un chirurgo orale e maxillo-facciale in un ospedale, per il trattamento di: patologie del cavo orale, disfunzione dell'articolazione temporo-mandibolare, fratture delle ossa facciali, deformazione congenita della mascella, disfunzioni delle ghiandole salivari e tumori. L'estrazione chirurgica di denti inclusi, la rimozione chirurgica di cisti e gli interventi di chirurgia ortognatica per la correzione della malocclusione, anche quando operati da un chirurgo orale e maxillo-facciale, non sono coperti se non è stato selezionato un Programma di cure dentali.

L

Logopedia: si riferisce alle 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).

M

Materiali e dispositivi chirurgici: tutti i materiali necessari per un'operazione chirurgica, come parti del corpo artificiali o dispositivi quali materiali per l'artroplastica, viti e placche di fissaggio, protesi per la sostituzione di valvole cardiache, protesi endovascolari, defibrillatori impiantabili e stimolatori cardiaci.

Maternità: si riferisce ai costi che si rendono necessari durante il periodo di gravidanza e parto, tra cui 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. Le complicanze della gravidanza e le complicanze del parto non sono incluse in questa prestazione. Eventuali parti cesarei non necessari da un punto di vista medico verranno coperti solo fino ad una cifra massima corrispondente alla spesa standard per un parto naturale effettuato nello stesso ospedale (condizione soggetta ad eventuali limiti della prestazione). Se la prestazione "Parto domiciliare" è compresa nella propria copertura, verrà liquidata una somma forfetaria (indicata nell'Elenco delle prestazioni) in caso di parto effettuato nel proprio domicilio.

Medicina alternativa: si riferisce alle terapie e ai trattamenti che esulano dalla medicina convenzionale dei Paesi occidentali. È necessario verificare sul proprio Elenco delle prestazioni se i seguenti trattamenti sono coperti: trattamenti chiropratici, osteopatici ed omeopatici, medicina naturale cinese (erbe), agopuntura e podologia (ove praticati da terapeuti autorizzati).

Medicinali prescritti: ci si riferisce ai prodotti comprendenti, a titolo esplicativo e non esaustivo, insulina, aghi ipodermici e siringhe, acquistabili solo dietro presentazione di una ricetta medica per la cura di una patologia diagnosticata o per l'integrazione di sostanze basilari nell'organismo. I medicinali prescritti devono essere di comprovata efficacia per curare la condizione medica del paziente e devono essere approvati dall'autorità regolatrice in materia farmacologica del Paese in cui vengono prescritti.

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. Gli psichiatri e gli psicologi non si considerano specialisti. Se la copertura prevede trattamenti psichiatrici o sedute di psicologia, questi saranno indicati nell'Elenco delle prestazioni come prestazioni separate.

N

Necessità medica: situazione a causa della quale l'assicurato deve ricorrere a trattamenti medici appropriati. Tali trattamenti devono essere:

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

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

O

Obesità: la diagnosi di obesità è applicabile agli individui il cui indice di massa corporea (IMC) risulti superiore a 30 (un calcolatore dell'IMC è disponibile sul sito: www.allianzworldwidecare.com/it/risorse/view/risorse-per-gli-assicurati)

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 esami diagnostici, della radioterapia, della chemioterapia e alle spese ospedaliere relazionate alla cura delle patologie oncologiche fin dal momento della loro diagnosi. La compagnia coprirà anche il costo per l'acquisto di un manufatto protesico esterno per scopi cosmetici, per esempio una parrucca in caso di perdita di capelli oppure un reggiseno per protesi in conseguenza di un trattamento per la cura del cancro.

Onorario del dietologo/nutrizionista: 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 programma dell'assicurato, la copertura è fornita solo in presenza di condizioni mediche 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: si riferisce al costo di una prestazione non chirurgica fornita o gestita da un medico generico.

Onorario di medico specialista: si riferisce alle spese per cure e trattamenti non chirurgici eseguiti da un medico specialista.

Ortodonzia: correzione della malocclusione e dell'allineamento dei denti per mezzo di apparecchi correttivi. Il trattamento ortodontico è coperto solo nei casi in cui vi è una necessità medica e per questo motivo, al momento della richiesta di rimborso, le chiediamo di allegare informazioni di supporto per dimostrare che il trattamento è necessario dal punto di vista medico e che è quindi idoneo a ricevere copertura. 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 di entrambe le mandibole che mostrano chiaramente la dentizione prima del trattamento;
- le fotografie cliniche delle mandibole in occlusione centrale con vista frontale e laterale;
- ortopantomogramma (radiografia panoramica);
- radiografia del profilo (radiografia cefalometrica).

La preghiamo di considerare che la prestazione copre solamente i trattamenti di ortodonzia che prevedono l'uso di apparecchi fissi metallici standard o apparecchi rimovibili standard. Le protesi dentali cosmetiche come gli apparecchi linguali e gli allineatori invisibili sono coperti solo fino al massimale rappresentato dal costo normale degli apparecchi dentali metallici (soggetto al massimale della prestazione "Trattamenti ortodontici e protesi dentali").

Ospedale: struttura sanitaria ospedaliera riconosciuta nel Paese in cui opera, in cui l'assicurato viene costantemente seguito da un medico professionista. Non vengono considerati 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 l'assicurato detiene un passaporto valido o Paese di residenza principale dell'assicurato.

Paese principale di residenza: Paese in cui l'assicurato e i suoi familiari a carico (se applicabile) vivono per più di sei mesi all'anno.

Patologia cronica: disturbi, malattie, patologie, lesioni o ferite che perdurano per più di sei mesi o che richiedono attenzioni mediche (visita di controllo o trattamenti) almeno una volta all'anno. Inoltre, hanno una o più delle seguenti caratteristiche:

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

Per verificare se le patologie croniche sono coperte dalla sua polizza o meno, la preghiamo di consultare la sezione "Note" nel suo Elenco delle prestazioni.

Patologie preesistenti: malattie o eventuali condizioni mediche da queste derivanti i cui sintomi hanno iniziato a manifestarsi durante la vita dell'assicurato, a prescindere dal fatto che siano state o meno diagnosticate da un medico.

Tutte le patologie (e loro complicanze) manifestatesi durante il periodo descritto e di cui l'assicurato o i suoi familiari dovrebbero presumibilmente essere a conoscenza, vengono considerate preesistenti. Le patologie che si manifestino nel periodo compreso tra la compilazione del modulo di sottoscrizione rilevante e la data d'inizio della polizza saranno parimenti considerate preesistenti, Tali condizioni preesistenti saranno soggette a dichiarazione dello stato di salute e, se non dichiarate, non verranno coperte. Consulti la sezione "Note" del suo 'Elenco delle prestazioni per confermare se le patologie preesistenti sono coperte dalla sua polizza.

Periodo di carenza: periodo decorrente dalla data di inizio della copertura (o data di entrata in vigore per i familiari a carico), durante il quale l'assicurato non ha diritto alla copertura di una determinata prestazione. Le prestazioni soggette a periodi di carenza vengono indicate nell'Elenco delle prestazioni.

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.

Protesi dentali: corone, capsule, otturazioni, ricostruzioni adesive, restauri, ponti, dentiere ed impianti, nonché tutti i trattamenti supplementari necessari.

Psichiatria e psicoterapia: sono i trattamenti inerenti a disturbi mentali, effettuati da uno psichiatra o da uno psicologo clinico. Tali disturbi devono essere clinicamente significativi e non causati da eventi particolari, quali un lutto, problemi nel relazionarsi con gli altri, problemi accademici, di integrazione culturale o lo stress lavoro-correlato. Se le cure psichiatriche o la psicoterapia sono effettuate in ricovero o in day-hospital, devono includere anche i farmaci prescritti per la cura della patologia del caso. La psicoterapia in ricovero e fuori ricovero viene coperta solo quando la patologia del caso sia inizialmente diagnosticata da uno psichiatra e poi sottoposta all'attenzione specifica di uno psicologo clinico che amministra la cura dietro impegnativa dello psichiatra. Se inclusa nel programma assicurativo, la psicoterapia fuori ricovero è inizialmente coperta fino a un massimo di 10 sedute per patologia, al termine delle quali lo psichiatra che ha firmato l'impegnativa deve analizzare nuovamente la situazione del paziente. Nel caso in cui dovessero essere necessarie ulteriori sedute, il medico dovrà fornire alla compagnia assicurativa un certificato attestante la necessità medica di ulteriori trattamenti.

R

Riabilitazione: è un trattamento (che può essere una combinazione di terapie diverse come la fisioterapia, la terapia occupazionale e la logopedia) mirante a riportare il paziente al normale aspetto e/o funzionamento fisico dopo una malattia acuta, una lesione o un intervento chirurgico. La copertura viene garantita solo quando il trattamento viene amministrato entro 14 giorni dalla dimissione del paziente dall'ospedale, dove è stato sottoposto a un trattamento acuto o a chirurgia, e solo quando il trattamento di riabilitazione viene somministrato in un centro abilitato.

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

Rimpatrio sanitario: è la prestazione opzionale che, ove prevista, viene indicata nell'Elenco delle prestazioni. Questa opzione consente all'assicurato, in caso di emergenza, di essere rimpatriato al proprio 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 siano disponibili in loco. Il rimpatrio al proprio Paese d'origine è possibile solo se questo si trova nell'area geografica di copertura. Per il paziente evacuato 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, che deve essere effettuato entro un mese dal termine del trattamento ricevuto.

L'assicurato deve contattare Allianz Partners al primo segno che un rimpatrio sanitario sia necessario. Allianz Partners organizza e coordina tutte le fasi del processo di rimpatrio, fino a quando il paziente raggiunge il centro medico di destinazione. Se il processo di rimpatrio non è organizzato da Allianz Partners, la compagnia assicurativa si riserva il diritto di declinare il rimborso delle spese.

S

Scoperto: percentuale dei costi dei trattamenti sanitari a carico dell'assicurato. Gli scoperti si applicano a persona, ad Anno assicurativo, a meno che non sia indicato diversamente nell'Elenco delle prestazioni. Il programma selezionato dall'assicurato potrebbe prevedere un limite massimo di scoperto a persona e ad Anno assicurativo e, in questo caso, lo scoperto a carico dell'assicurato non può superare il limite indicato nell'Elenco delle prestazioni. Gli scoperti possono applicarsi in maniera indipendente a un singolo programma, ad esempio al Programma principale, al Programma fuori ricovero, al Programma di cure dentali o al Programma di rimpatrio sanitario - oppure possono applicarsi in maniera cumulativa alla combinazione di tutti i programmi scelti per l'assicurato.

Servizio di autoambulanza: è il trasporto in ambulanza fino al più vicino ed appropriato centro sanitario, richiesto in casi d'emergenza o di necessità medica.

Spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di decesso o pericolo di vita di un membro della famiglia: si riferisce al 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 familiare di primo grado sia deceduto o si trovi in pericolo di vita. Vengono considerati familiari di primo grado: il coniuge/compagno, i genitori, fratelli e sorelle, figli, figli in adozione, in affidamento e figliastri. 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 fotocopia dei biglietti aerei. La prestazione può essere reclamata solo una volta nella vita durante l'intera durata della propria polizza. 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: si riferisce al costo ragionevole di trasporto di tutti i membri assicurati della famiglia dell'assicurato evacuato o rimpatriato, inclusi minori che rimarrebbero altrimenti senza la supervisione di un adulto. Se per qualsiasi ragione i familiari non possono viaggiare nello stesso veicolo del paziente evacuato, la compagnia copre il costo dei biglietti necessari in classe economica. In caso di rimpatrio sanitario di una persona assicurata, le spese di trasporto dei familiari a carico assicurati sono coperte solo se la prestazione specifica facente parte del Programma di rimpatrio sanitario è inclusa nel proprio programma. 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: ci si riferisce al costo ragionevole di trasporto dei membri della famiglia dell'assicurato deceduto che vivevano con lui all'estero, in modo che possano fare ritorno al Paese d'origine dell'assicurato deceduto (o ad altro Paese che sia stato scelto allo scopo di dare sepoltura alla salma). 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: si riferiscono alle spese di viaggio relative ad una persona che accompagni l'assicurato in caso di rimpatrio o evacuazione. Se l'accompagnatore non può viaggiare sullo stesso mezzo di trasporto dell'assicurato, verranno coperte le spese di viaggio su un altro mezzo in classe economica. Per l'accompagnatore che, al termine del trattamento dell'assicurato, torna al Paese da cui ha avuto origine l'evacuazione o il rimpatrio, è previsto anche il rimborso, in classe economica, del viaggio di ritorno. Le spese di alloggio in hotel ed altre spese correlate non sono coperte.

Supporti sanitari prescritti: sono qualsiasi strumento o apparecchio prescritto e necessario dal punto di vista medico per garantire all'assicurato delle capacità funzionali che gli permettano di vivere la vita di tutti i giorni nella maniera più normale possibile. I servizi offerti includono:

- supporti biochimici quali i microinfusori, i glucometri e le macchine per la dialisi peritoneale;
- supporti per la mobilità come stampelle, sedie a rotelle, supporti e apparecchi ortopedici, arti artificiali e protesi;
- supporti per l'audizione 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 sono compresi nella copertura i costi dei supporti medici facenti parte di un trattamento palliativo o a lungo termine (si prega di verificare le definizioni di "Trattamento palliativo" e "Trattamento a lungo termine").

T

Terapeuta: è un chiroterapeuta, osteopata, erborista cinese, omeopata, agopunturista, fisioterapista, logopedista, ergoterapeuta o terapeuta oculomotore, qualificato e riconosciuto legalmente nel Paese in cui esercita e in cui viene effettuato il trattamento.

Terapia occupazionale: è una terapia finalizzata ad aiutare il paziente nello sviluppo delle capacità grosso-motorie, della motricità fine, dell'integrazione sensoriale, del coordinamento, dell'equilibrio e di altre attività (ad esempio, vestirsi, mangiare, lavarsi, pettinarsi e così via), al fine di migliorare la qualità della vita quotidiana del paziente e le interazioni fisiche e sociali. Un certificato sul progresso della terapia deve essere presentato dopo 20 sedute.

Terapia oculomotoria: è uno speciale tipo di terapia occupazionale volta a stimolare la sincronizzazione del movimento oculare nei casi in cui si presenti una mancanza di coordinazione dei muscoli dell'occhio.

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

Tipologia di camera: camera d'ospedale privata o condivisa come indicato nell'Elenco delle prestazioni. Non è coperta la sistemazione in camere di lusso o in suite. Si prega di considerare che la prestazione "Tipologia di camera in ospedale" può essere utilizzata solo quando le spese di degenza ospedaliera per il trattamento in regime di ricovero richiesto non sono coperte da nessun'altra prestazione inclusa nel proprio programma. In questo caso, i costi di degenza ospedaliera vengono coperti dalla prestazione specifica riguardante i trattamenti in regime di ricovero, fino al massimale previsto dalla copertura assicurativa. Le seguenti prestazioni (se incluse nel suo programma) sono esempi di prestazioni in regime di ricovero che includono la copertura delle spese di degenza ospedaliera, fino al massimale previsto dalla copertura assicurativa: "Cure psichiatriche e psicoterapia", "Trapianto di organi", "Oncologia", "Maternità", "Trattamento palliativo" e "Trattamento a lungo termine".

Titolare della polizza: dipendente assicurato dell'azienda firmataria del Contratto assicurativo con Allianz Partners.

Trapianto di organi: è la procedura chirurgica per il trapianto di organi e/o tessuti (cuore, valvola cardiaca, cuore/polmoni, fegato, pancreas, pancreas/rene, rene, midollo osseo, paratiroide, trapianto scheletro/muscolare e trapianto di cornea). Le spese sostenute per l'acquisto degli organi non sono coperte.

Trattamento: procedura medico/sanitaria necessaria per curare una malattia o lesione.

Trattamento a lungo termine: si riferisce ai trattamenti somministrati per un periodo di tempo prolungato dopo la cessazione delle terapie urgenti, solitamente a pazienti affetti da patologie o invalidità croniche che necessitano di cure periodiche, intermittenti o continue. Le cure possono essere prestate presso il domicilio, presso strutture comunitarie, presso un ospedale o presso una casa di cura.

Trattamento contro la sterilità: cure prestate all'assicurato e comprendenti tutte le procedure di diagnosi a carattere invasivo necessarie per individuare la causa della sterilità, quali l'isterosalpingografia, la laparoscopia o l'isteroscopia. Se nel suo Elenco delle prestazioni non compare la prestazione "Trattamento contro la sterilità", le indagini non invasive volte a individuare le cause della sterilità saranno comunque coperte dal Programma fuori ricovero (se selezionato dalla sua azienda). Se tuttavia vi è una prestazione specifica per il trattamento dell'infertilità, il costo per il trattamento dell'infertilità sarà coperto per la persona assicurata che riceve il trattamento, fino al limite indicato nell'Elenco delle prestazioni. Non può essere richiesto il rimborso di alcun costo che superi il limite di questa prestazione sotto la copertura del coniuge / partner (se incluso nella polizza). In caso di fecondazione in vitro (FIV) la copertura è limitata al massimale specificato nell'Elenco delle prestazioni. I trattamenti in regime di ricovero per i neonati frutto di parti gemellari conseguenti a trattamenti di riproduzione assistita sono coperti fino a un massimo di 24.900 £ / 30.000 € / 40.500 US$ / 39.000 CHF per neonato per i primi tre mesi di vita. I trattamenti fuori ricovero, invece, sono coperti dal Programma fuori ricovero (se selezionato).

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 altra struttura sanitaria durante il giorno, senza che vi venga trascorsa la notte, e per il quale viene emesso un certificato di dimissione.

Trattamento ortomolecolare: trattamento mirato a ristabilire l'ambiente ecologico ottimale per le cellule tramite la correzione delle insufficienze a livello molecolare in base alla biochimica individuale. Il trattamento richiede l'utilizzo di sostanze naturali, quali vitamine, minerali, enzimi ed ormoni.

Trattamento palliativo: si riferisce a cure prolungate volte ad alleviare le conseguenze fisiche e/o psicologiche di patologie a carattere progressivo e incurabile e a mantenere una qualità di vita accettabile. Il trattamento palliativo può essere ricevuto a domicilio, in ricovero ospedaliero o in day-hospital, da pazienti cui siano state diagnosticate patologie terminali da cui non ci si aspetta una guarigione. Questa prestazione include cure fisiche e psicologiche, nonché il soggiorno presso un ospedale o un centro di assistenza e la fornitura di assistenza medica e medicinali prescritti.

Trattamento preventivo: trattamento prestato in assenza di sintomatologia clinica al momento dell'esecuzione. Un esempio di trattamento preventivo può essere l'asportazione di un'escrescenza pre-cancerogena.

V

Vaccinazioni: si riferisce alle immunizzazioni di base e ai richiami di vaccinazioni richiesti per legge nel Paese in cui viene effettuato il trattamento, le vaccinazioni di viaggio necessarie e la profilassi antimalarica. Vengono coperti tanto le spese per la consulta medica relativa alla vaccinazione quanto il costo della sostanza da iniettare.

Visite di controllo della salute e test di prevenzione delle malattie includono le visite di controllo, i test e le analisi effettuate a intervalli appropriati e in assenza di sintomatologie cliniche. I controlli si limitano a:

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

ESCLUSIONI

Sebbene la compagnia assicurativa copra la maggior parte dei trattamenti necessari dal punto di vista medico, la copertura non include le prestazioni, condizioni mediche, procedure mediche, comportamenti e incidenti che si elencano in questo capitolo, a meno che non si specifichi diversamente nell'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.

Chirurgia plastica
Qualsiasi trattamento effettuato da un chirurgo plastico, indipendentemente dalle ragioni mediche e/o psicologiche che possono averlo reso necessario, e qualsiasi trattamento cosmetico o estetico che sia mirato a migliorare l'aspetto fisico, persino quando sia prescritto da un medico. L'unica eccezione è la ricostruzione chirurgica necessaria al ripristino delle funzionalità o dell'aspetto a seguito di un incidente con conseguenze gravi per l'aspetto dell'assicurato o di un intervento chirurgico oncologico, laddove l'incidente o l'intervento siano avvenuti durante il periodo di validità della polizza.

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 comportamento e della personalità
Le cure attinenti a disturbi del comportamento, disturbi da deficit dell'attenzione e iperattività, autismo, negativismo sfidante, comportamento antisociale, disturbi ossessivo-compulsivi e fobici, disturbi dell'attaccamento, difficoltà di adattamento, del comportamento alimentare e della personalità, nonché le terapie volte al miglioramento dei rapporti socio-emozionali, come la terapia familiare, se non indicato differentemente nell'Elenco delle prestazioni.

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.

Faccette estetiche
Le faccette estetiche (odontoiatria) ed i procedimenti relativi alla loro applicazione, tranne nei casi di necessità medica.

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

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.

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
Le cure ed i trattamenti per malattie, lesioni o incidenti derivanti da partecipazione attiva a guerre, tumulti, insurrezioni civili, atti criminali o terroristici o condotti per contrastare l'offensiva di una potenza straniera, indipendentemente dal fatto che la guerra sia stata dichiarata o no.

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
Per le polizze soggette a valutazione dello stato di salute, le patologie preesistenti (patologie croniche preesistenti incluse) indicate nel documento di Condizioni speciali che (quando applicabile) è stato rilasciato all'assicurato prima dell'attivazione della polizza e le patologie preesistenti (o patologie croniche preesistenti) che non siano state dichiarate dall'assicurato nel modulo di sottoscrizione rilevante. Inoltre, le patologie che si manifestino nel periodo compreso tra la compilazione del modulo di sottoscrizione rilevante e la data d'inizio della polizza saranno parimenti considerate preesistenti, Tali condizioni preesistenti saranno soggette a valutazione dello stato di salute e, se non dichiarate, non verranno coperte.

Prodotti e medicine acquistabili senza ricetta medica
Prodotti e medicine acquistabili senza ricetta medica, a meno che la prestazione "Farmaci da banco con prescrizione" appaia nel proprio Elenco delle prestazioni.

Ritardo dello sviluppo
Il ritardo dello sviluppo infantile, a meno che il bambino non raggiunga lo stadio evolutivo consono alla sua età nell'area cognitiva o fisica. Non sono coperti i casi di minimo o temporaneo ritardo evolutivo del bambino.

L'entità del ritardo dello sviluppo deve essere stata valutata da personale qualificato, risultando pari ad almeno 12 mesi nell'area cognitiva o fisica.

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.

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) e contraccezione, tra cui si annoverano anche l'applicazione o la rimozione di dispositivi di contraccezione e/o di qualsiasi tipo di contraccettivo in genere, anche se prescritto da un medico. L'unica eccezione è rappresentata dai contraccettivi prescritti per la cura dell'acne da parte di un dermatologo.

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

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

Spese di viaggio
Le spese di viaggio (costi di parcheggio compresi) affrontate per raggiungere e lasciare le strutture sanitarie in cui si ricevono le terapie coperte dall'assicurazione, eccezion fatta per le spese di viaggio coperte nell'ambito di prestazioni quali il servizio di ambulanza locale, l'evacuazione medica e il rimpatrio sanitario.

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

Test di misurazione dei marcatori tumorali
Test di misurazione dei marcatori tumorali, a meno che al paziente sia stato precedentemente diagnosticato un cancro del tipo in questione. In questo caso, i test sono coperti dalla prestazione "Oncologia".

Test genetici
Test genetici, facendo eccezione per: a) i casi in cui i test genetici sono coperti dal programma selezionato; b) i test del DNA quando sono strettamente correlati all'amniocentesi, laddove questa sia coperta (ovvero nel caso delle donne dai 35 anni in su); c) i test per i recettori ormonali 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 nella ragionevole opinione della compagnia assicurativa siano correlate a, o siano dirette conseguenze di, alcolismo e dipendenza da droghe (ad esempio: insufficienza organica o demenza).

Trattamento contro la sterilità
Trattamenti contro la sterilità (riproduzione assistita e/o relative complicanze comprese), a meno che nell'Elenco delle prestazioni dell'assicurato non compaia la prestazione specifica "Trattamento contro la sterilità". Indipendentemente da ciò, se la polizza dell'assicurato comprende un Programma fuori ricovero, questo copre le indagini non invasive volte ad individuare le cause della sterilità (fino ai massimali del Programma fuori ricovero).

Trattamenti contro l'obesità
I test ed i trattamenti contro l'obesità.

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

Trattamenti non indicati nell'Elenco delle prestazioni
Tutti i trattamenti, relative complicanze e spese mediche a seguire, se non diversamente indicato nell'Elenco delle prestazioni:

- cure dentali d'emergenza;
- cure dentali, interventi chirurgici odontoiatrici, cure parodontali, ortodonzia e protesi dentali, ad eccezione di interventi chirurgici orali o maxillo-facciali coperti dalla polizza nei limiti del massimale del Programma principale;
- cure psichiatriche e psicoterapia fuori ricovero;
- cure psichiatriche e psicoterapia in regime di ricovero;
- maternità;
- occhiali e lenti a contatto prescritti (esame della vista incluso);
- onorario del dietologo/nutrizionista;
- parto domiciliare;
- rimpatrio sanitario;
- spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di decesso o pericolo di vita di un membro della famiglia;
- spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di evacuazione medica / rimpatrio;
- spese di viaggio dei membri assicurati di una famiglia in caso di rimpatrio di salma;
- spese per un accompagnatore in caso di rimpatrio o evacuazione di un assicurato;
- supporti sanitari prescritti da un medico;
- trattamento contro la sterilità;
- trapianto di organi;
- trattamenti di riabilitazione;
- trattamenti fuori ricovero;
- trattamenti preventivi;
- visite di controllo della salute e test di prevenzione di malattie,
- vaccinazioni.

Trattamenti negli Stati Uniti
I trattamenti negli Stati Uniti, nei casi in cui risulti evidente o probabile che la persona assicurata abbia sottoscritto la polizza 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. Se sono state pagate richieste di rimborso in tali circostanze, ci riserviamo il diritto di richiedere il rimborso da parte dell'assicurato 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.

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

Trattamento ortomolecolare
In merito a questo trattamento, la preghiamo di leggere la definizione "Trattamento ortomolecolare".

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

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 dall'assicurato o da un membro della famiglia
Le visite mediche, i trattamenti e le prescrizioni ad opera dell'assicurato stesso, del suo coniuge, genitori o figli.

Vitamine o minerali
I prodotti classificati come vitamine o minerali (eccetto durante la gravidanza o in caso di insufficienza vitaminica clinicamente diagnosticata), nonché integratori e prodotti come, ad esempio, alimenti per lattanti e cosmetici, anche se raccomandati e/o prescritti da un medico o aventi effetti terapeutici riconosciuti. Le visite con un dietologo o nutrizionista sono coperte solo se la prestazione specifica appare nel proprio Elenco delle prestazioni.

Indennità per morte accidentale
L'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 (come, 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 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 l'assicurato 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 sui 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, come 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 che comprendono il volo, come ad esempio il volo in ultraleggero, in mongolfiera, in deltaplano, in parapendio, oltre al parasailing e ai lanci in paracadute;
  - altri sport pericolosi come il bungee jumping.

NOTE

Parli con noi, amiamo aiutare!

Per maggiori informazioni, non esiti a contattarci ai seguenti recapiti:

Helpline (disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7 - per informazioni in generale e per ricevere assistenza nelle emergenze).

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.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

Attenzione: in alcuni casi potrebbe non essere possibile chiamare i numeri verdi da un telefono cellulare - se ciò si verifica, contatti l'Helpline utilizzando i numeri tradizionali elencati in questa pagina.

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

E-mail: client.services@allianzworldwidecare.com

Fax: + 353 1 630 1306

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

www.allianzworldwidecare.com

www.facebook.com/allianzworldwidecare

plus.google.com/+allianzworldwidecare

www.youtube.com/user/allianzworldwide

www.linkedin.com/company/allianz-worldwide-care

Il presente documento è una traduzione in italiano del documento "Employee Benefit Guide - November 2017" 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 una società per azioni 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 Partners è una ragione sociale registrata di AWP Health & Life SA.

DOC-EBG-IT-0817