



Termini e condizioni generali delle polizze assicurative aziendali

(o GUIDA ALLE PRESTAZIONI per le polizze di gruppo)

Programmi di copertura sanitaria internazionale per la Svizzera

Validi dall'1 gennaio 2022

Benvenuto

Le diamo accesso alle migliori prestazioni sanitarie disponibili.

Questa guida spiega come funziona la sua assicurazione sanitaria supplementare per accedere alle cure mediche fuori dalla Svizzera. È composta da due parti: "Come utilizzare la copertura" raccoglie tutte le informazioni importanti da utilizzare regolarmente per accedere alla copertura; "Termini e condizioni della copertura" spiega i termini della sua copertura in maggiore dettaglio. Legga questa guida insieme al Certificato assicurativo e all'Elenco delle prestazioni.

Come utilizzare la copertura

Servizi di assistenza	5
Come funziona la copertura	16
Ha bisogno di cure mediche?	20
Ulteriori informazioni in merito al rimborso delle spese mediche	25

Termini e condizioni della copertura

Amministrazione della sua polizza	29
Pagamento del premio	34
Altre condizioni che si applicano alla sua copertura	36
Informativa sulla protezione dei dati personali	38
Procedura per i reclami	39
Definizioni	41
Esclusioni	54

Il presente documento è una traduzione in italiano del documento in lingua tedesca ed è fornito a scopi esclusivamente informativi. Se eventuali discrepanze dovessero emergere tra la versione in italiano e la versione in tedesco, quest'ultima sarà l'unica a dover essere considerata legalmente vincolante.

La compagnia assicurativa che sottoscrive la sua assicurazione LCA è AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Parigi), succursale di Wallisellen (Svizzera), una società per azioni soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances"). Compagnia registrata in Francia con il numero: 519 490 080 RCS Parigi. La succursale svizzera è registrata a Zurigo con il numero: CHE-115.393.016, all'indirizzo: Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen.

I servizi di polizza sono gestiti in Svizzera da KPT. KPT Krankenkasse AG, Wankdorfallee 3, CH-3000 Berna 22, registrata presso l'UFSP con il numero: 376.

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

Come utilizzare la copertura



Servizi di assistenza

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


Ci contatti pure – siamo qui per assisterla!

Se vuole porgerci delle domande, ecco i recapiti:

KPT (per informazioni e assistenza in merito ai trattamenti ricevuti in Svizzera)


 Telefono: + 41 (0)58 310 98 25

 E-mail: awc.member@kpt.ch

 Fax: + 41 (0)58 310 88 25

 Indirizzo: KPT, Team International Allianz, Postfach, CH-3001 Berna, Svizzera


Allianz Care (per informazioni e assistenza in merito ai trattamenti ricevuti all'estero)

 Helpline (disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7): + 353 1 630 1305

La nostra lista di numeri verdi è disponibile qui:
www.allianzcare.com/it/pages/toll-free-numbers.html

 E-mail: client.services@allianzworldwidecare.com

 Fax: + 353 1 630 1306

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

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

Sapeva che...

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

Servizi digitali MyHealth

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

Quali funzionalità trova nell'applicazione e nel portale MyHealth



La mia polizza

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



Le mie richieste di rimborso

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



I miei contatti

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



Valutazione dei sintomi

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



Trovare un ospedale

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



Strumento di ricerca farmaci

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



Traduttore di termini medici

Traduce i nomi delle malattie in 17 lingue diverse.



Contatti di emergenza

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

Altre funzionalità

- Aggiornare i suoi dati online: e-mail, numero di telefono, password, le preferenze di marketing, ecc.
- Visualizzare il saldo residuo di ciascuna prestazione inclusa nel suo Elenco delle prestazioni

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

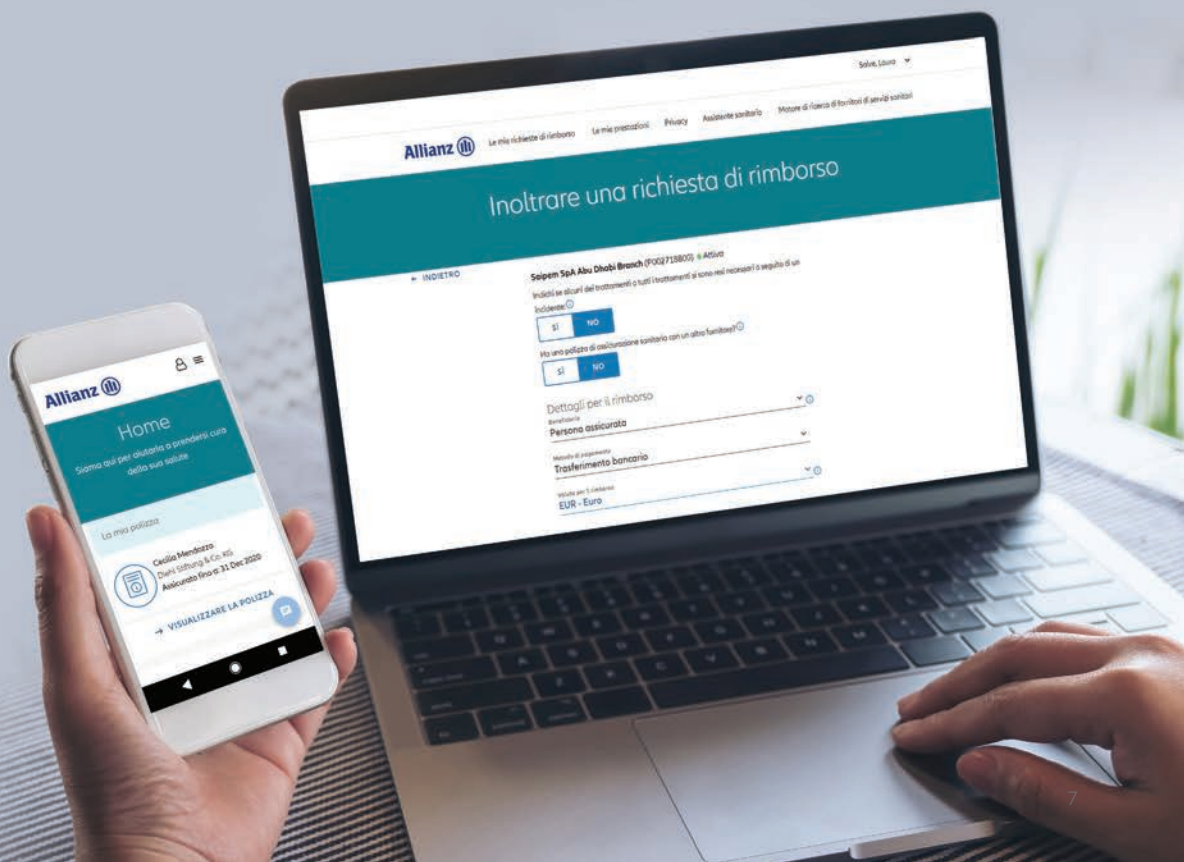
Come installare l'applicazione/accedere a MyHealth:

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



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

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



Servizi per gli assicurati sul nostro sito web

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


- fare una ricerca di medici e ospedali del nostro network internazionale (non è obbligato però a ricorrere ai medici e ospedali del nostro network se ne preferisce altri);
- scaricare modulistica;
- accedere al calcolatore dell'Indice di massa corporea (IMC);
- visitare il nostro portale "My expat life" (solo in inglese, francese e tedesco) – vi troverà tutto quello che vuole sapere se sta pensando di trasferirsi all'estero, dalla pianificazione del trasloco allo stabilirsi nel nuovo Paese.

Servizio di secondo parere medico**

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

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

Per accedere al servizio, deve semplicemente chiamare la nostra Helpline (disponibile 24 su 24, 7 giorni su 7):

 +353 1 630 1305

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



Olive – il programma di Allianz Care per la salute e il benessere

Verso una vita più sana...

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

1. Portale per la salute e il benessere

Su MyHealth trova il bottone d'accesso al nostro portale per la salute e il benessere. Il portale raccoglie una serie di servizi e informazioni utili per vivere una vita sana e felice.

Alcune delle cose che trova sul portale:

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



2. Applicazione HealthSteps**

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

Alcune funzionalità di HealthSteps:



Programma:

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

- Perdere peso
- Migliorare la postura
- Dormire meglio
- Mangiare sano
- Tenersi in movimento
- Restare in salute
- Ridurre lo stress
- Abbassare la pressione sanguigna



Sfide:

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



Progressi:

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



Biblioteca:

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

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



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

Se la sua polizza include un Programma fuori ricovero, ha accesso ai servizi di visita medica per video-conferenza, laddove questo tipo di servizio sia disponibile nel Paese in cui si trova.

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

Su MyHealth trova il bottone di accesso al portale TeleHealth, oppure può accedere direttamente qui: www.allianzcare.com/telehealthhub.

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

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

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



Programma di assistenza per gli espatriati **

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

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

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

I servizi di assistenza includono:



Counseling professionale e confidenziale

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



Assistenza in caso di incidente critico

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



Servizi di supporto legale e finanziario

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



Accesso al sito internet e all'applicazione

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

Si lasci aiutare:

 +1 905 886 3605

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

Le sue chiamate verranno risposte da un operatore di lingua inglese, ma può chiedere di parlare con qualcuno in un'altra lingua. Se non ci sono operatori disponibili nella lingua da Lei richiesta, fisseremo un appuntamento per offrirle i nostri servizi con la presenza di un interprete.

 <https://www.allianzcare.com/eap-login> (sito disponibile in inglese, francese e spagnolo)

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



I dati per accedere sono:

Nome utente: AllianzCare

Password: Expatriate

Servizi per la sicurezza durante i viaggi**

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

I Servizi includono:



Linea telefonica per le emergenze

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



Informazioni sulla sicurezza per paese

Informazioni e consulenza sulla sicurezza nei vari Paesi del mondo.



Aggiornamenti quotidiani ed e-mail di allerta

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

Per accedere ai servizi, contatti:



+44 207 741 2185

Non è un numero verde.



allianzcustomerenquiries@worldaware.com

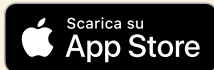


<https://my.worldaware.com/awc>

Si registri con il suo numero di polizza (lo trova nel Certificato assicurativo).



Scarichi l'applicazione 'TravelKit' dall' App Store o da Google Play.



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

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



Come funziona la copertura

Per cosa sono coperto?

Lei è coperto (insieme ad eventuali familiari a carico inclusi nella sua polizza) per le cure ed i relativi costi, servizi, prodotti e materiali di cui ha bisogno per l'improvviso manifestarsi o aggravarsi di una patologia o lesione, così come descritto nell'Elenco delle prestazioni.

La sua copertura è soggetta a:

- definizioni ed esclusioni della polizza (le trova alla fine di questo documento);
- eventuali condizioni speciali indicate sul suo Certificato di assicurazione e sul modulo per le Condizioni Speciali rilasciato prima dell'attivazione della sua polizza, ove applicabile;
- il fatto che le spese mediche siano ragionevoli e consuetudinarie (ovvero che i costi dei trattamenti per i quali desidera essere rimborsato devono essere usuali nel Paese in cui riceve il trattamento).

Rimborseremo solamente le spese mediche in linea con il costo che generalmente il suo tipo di trattamento ha nel Paese in cui lo riceve. Ci riserviamo il diritto di rifiutare o ridurre l'ammontare del rimborso, se consideriamo inappropriato l'ammontare richiesto.

Generalmente copriamo le patologie preesistenti (comprese eventuali patologie croniche preesistenti), ma per alcuni tipi di polizza le condizioni potrebbero essere diverse: consulti il suo Elenco delle prestazioni per confermare se le patologie preesistenti sono coperte per il suo tipo di polizza. Consideri inoltre eventuali condizioni particolari applicabili alla sua copertura specifica che potremmo averle confermato nei suoi documenti di polizza.

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

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

Dove posso ricevere le mie cure mediche?

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

Noti però che se il trattamento di cui ha bisogno e per il quale è coperto è disponibile nel Paese in cui risiede ma decide di farsi curare comunque in un altro Paese compreso nella sua area di copertura, le rimborseremo le spese mediche secondo i termini della polizza, ma non le spese di viaggio. Tuttavia, se il trattamento per cui è coperto non è disponibile a livello locale e la prestazione "Evacuazione medica" è inclusa nella sua copertura, le rimborseremo anche le spese di viaggio verso la struttura medica più vicina. Per ottenere il rimborso delle spese mediche e delle spese di viaggio sostenute in queste circostanze, deve compilare ed inviarci un modulo di Richiesta di garanzia di pagamento prima di partire.

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

Cosa sono i massimali?

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

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

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

I massimali di prestazione si applicano "ad Anno assicurativo", "per durata della vita" o "ad evento" (ad esempio: a viaggio, a visita medica o a gravidanza). In alcuni casi, il massimale di prestazione equivale ad una percentuale del costo del trattamento (ad esempio: rimborso dell'80%).

Massimali di prestazione per la maternità

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

Se il massimale della prestazione si applica "a gravidanza"

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

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

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

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

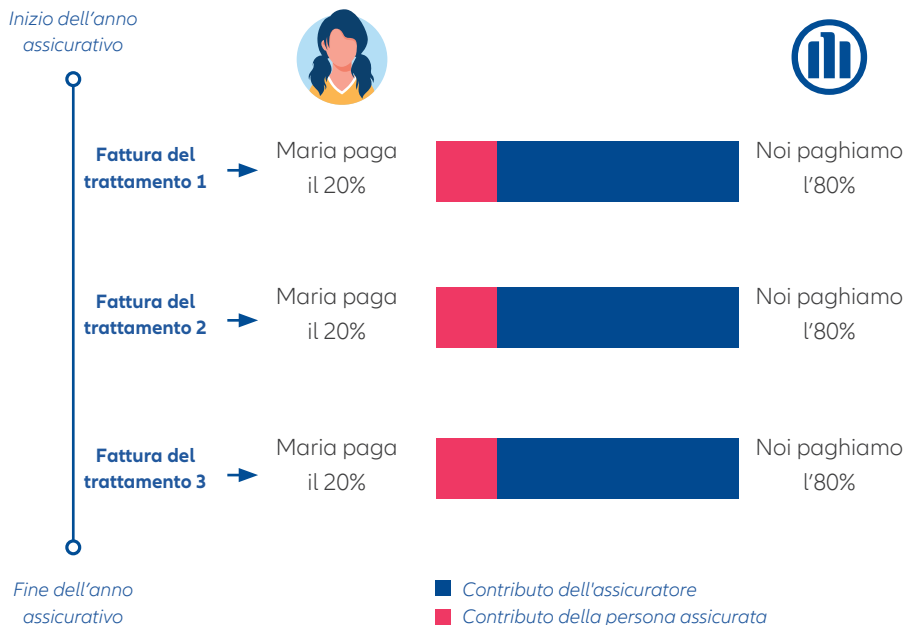
- è frutto di una maternità surrogata;
- è adottato;
- è in affidamento;
- è frutto di un parto gemellare a seguito di un programma di cure per la riproduzione assistita.

Il massimale è 39.000 CHF a neonato. I trattamenti fuori ricovero, invece, sono coperti dal Programma fuori ricovero (se selezionato).

Che cosa sono gli scoperti e le franchigie?

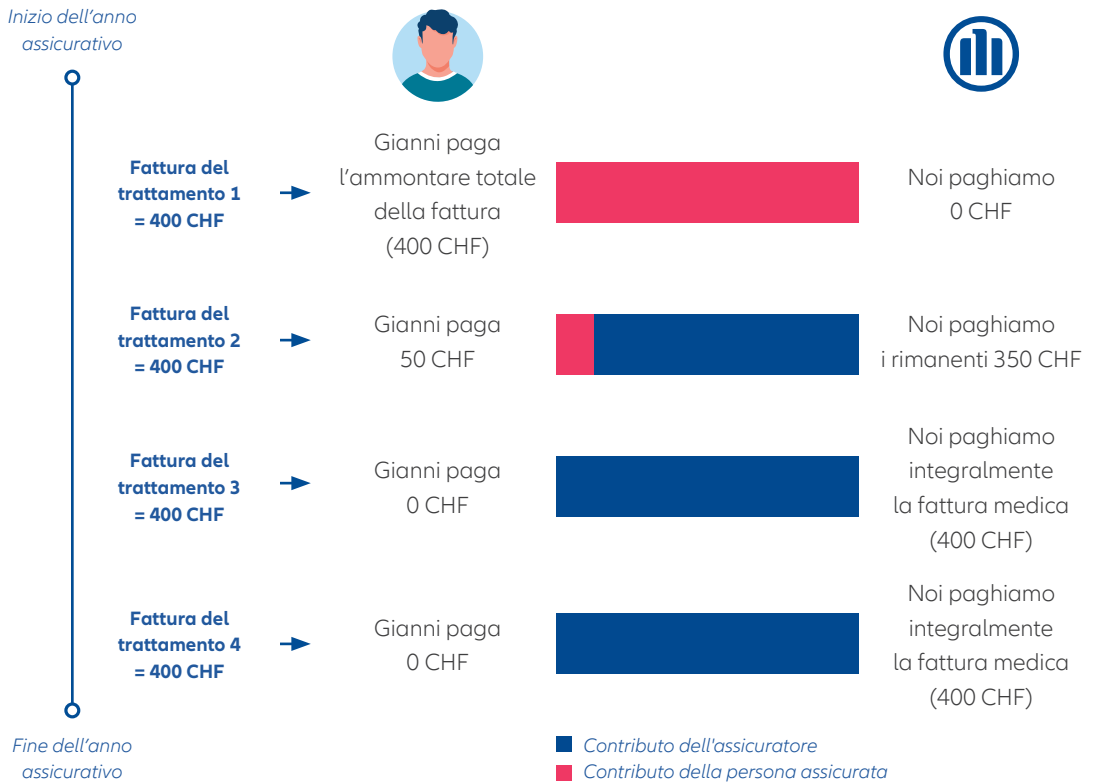
Alcuni programmi e prestazioni sono soggetti a franchigie o scoperti o entrambi. Veda il suo Elenco delle prestazioni per verificare se si applicano al suo programma.

Uno **scoperto** è quando la compagnia assicurativa le paga solo una percentuale delle spese mediche coperte e il resto è a suo carico. Nel seguente esempio, Maria ha bisogno di diversi trattamenti odontoiatrici nel corso dell'anno. La sua prestazione per i trattamenti odontoiatrici ha uno scoperto del 20%, il che significa che rimborseremo l'80% del costo di ogni trattamento coperto.



L'importo totale da noi dovuto potrebbe essere soggetto ad un massimale del programma.

La franchigia corrisponde a una somma specifica di denaro: deve pagare le sue spese mediche fino a raggiungere quella somma, prima di potere iniziare ad ottenere rimborsi da noi. Nell'esempio seguente, Gianni deve ricevere cure mediche per tutto l'anno. Il suo programma include una franchigia di 450 CHF.



Ha bisogno di cure mediche?

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

Verifichi se è coperto

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

Per alcuni trattamenti c'è la pre-approvazione

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

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

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

Ricevere trattamenti in Svizzera con la tessera assicurativa KPT

I trattamenti ricevuti in Svizzera sono amministrati dalla sua compagnia assicurativa locale, KPT. Se ha bisogno di ottenere la pre-approvazione per un trattamento in ricovero, o vuole porgere una domanda in merito a una richiesta di rimborso, o ha bisogno di assistenza, contatti KPT.

Ricevere trattamenti fuori dalla Svizzera con Allianz Care

I trattamenti ricevuti fuori dalla Svizzera sono amministrati dalla sua compagnia assicurativa internazionale, Allianz Care. Allianz Care le offre accesso a un network internazionale di medici e ospedali. Per ricevere un trattamento fuori dalla Svizzera, segua il semplice procedimento a seguire.

Ricevere trattamenti in regime di ricovero fuori dalla Svizzera

Questi trattamenti sono soggetti a pre-approvazione attraverso il seguente procedimento:



Scarichi un modulo di Richiesta di garanzia di pagamento dal nostro sito web:
https://www.allianz-partners.com/en_CH/business-areas/care/corporate-groups.html



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



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

In casi d'emergenza:

Si sottoponga pure alle cure d'emergenza di cui ha immediato bisogno, e chiami pure se ha bisogno di assistenza da noi.

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

La Richiesta di garanzia di pagamento può anche essere compilata per telefono chiamando l'Helpline se l'inizio del suo trattamento è previsto in meno di 72 ore.

Potremmo declinare il rimborso delle spese mediche se la pre-approvazione non viene richiesta.



Ricevere trattamenti fuori ricovero, cure odontoiatriche e di altro tipo fuori dalla Svizzera

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



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



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



Richieda il rimborso delle spese coperte su MyHealth (applicazione o portale) (www.allianzcare.com/it/accesso.html). Deve solo fornire alcuni dati fondamentali, allegare le fatture e premere "Invio".



Evadiamo le sue richieste velocemente

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

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

Evacuazioni mediche e rimpatri

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

Se preferisce inviare un'e-mail, per favore includa "Urgente - Evacuazione/Rimpatrio" nella barra dell'oggetto. Deve contattarci prima di rivolgersi ad altri operatori di servizi di trasporto sanitario, anche se la contattano direttamente, per evitare fatture potenzialmente gonfiate e ritardi non necessari nel processo di evacuazione/rimpatrio. Se il processo di evacuazione/rimpatrio non è organizzato da noi, ci riserviamo il diritto di declinare il rimborso delle spese.



+353 1 630 1305

medical.services@allianzworldwidecare.com



Se ha bisogno di cure mediche negli Stati Uniti

Per trovare un medico/ospedale

Se ha "Mondo intero" come area geografica di copertura, può ricercare un medico o ospedale negli Stati Uniti in questa pagina web:

 <https://azc.globalexcel.com/>



Per maggiori informazioni o per fissare un appuntamento

Se ha delle domande sulla scelta di un medico o ospedale negli Stati Uniti, o se ne ha già scelto uno e vuole fissare un appuntamento, ci chiami a questo numero:

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

Per le prescrizioni del medico

A seconda del suo tipo di copertura, potremmo averle inviato separatamente la tessera farmaceutica Caremark, che serve per ottenere determinati farmaci e prodotti farmaceutici senza pagare il farmacista. La tessera è anche disponibile in formato digitale se scarica l'applicazione CVS Caremark dall'App Store di Apple o da Google Play, oppure se accede al portale Caremark alla pagina:

 www.caremark.com



Se mostra la tessera in una farmacia Caremark, il farmacista potrà controllare la sua copertura. Se i prodotti che vuole acquistare non sono coperti o non sono coperti in toto, il farmacista le confermerà se deve pagare qualcosa. Si assicuri che la data di nascita riportata sulla prescrizione corrisponda a quella della persona assicurata per la quale sta acquistando le medicine.

Indipendentemente dal fatto che abbia o meno una tessera Caremark, può anche ottenere una tessera sconto per le farmacie, che può usare per le prescrizioni non coperte dal suo programma. Per ottenere la tessera sconto per le farmacie, vada alla seguente pagina e clicchi sull'icona "Print Discount Card".

 <https://azc.globalexcel.com/find-a-pharmacy/>

Ulteriori informazioni in merito al rimborso delle spese mediche

Richieste di rimborso delle spese mediche

Cose da sapere prima di inviarci una richiesta di rimborso:

- **Diritto di richiedere un rimborso:** Lei ha diritto a richiedere un rimborso delle sue spese mediche immediatamente al verificarsi di un sinistro coperto secondo i termini e le condizioni della polizza (articolo 87 del codice assicurativo svizzero).
- **Scadenza per l'inoltro delle richieste di rimborso:** deve inviarci tutte le richieste di rimborso tramite MyHealth entro e non oltre due anni dalla data del trattamento. Se la sua copertura viene cancellata durante il corso dell'Anno assicurativo, deve inviare le richieste di rimborso entro e non oltre sei mesi dalla data di termine della copertura. Dopo tale scadenza, non siamo più tenuti ad effettuare alcun rimborso (articolo 46 del codice assicurativo svizzero). La sua richiesta di rimborso verrà evasa entro quattro settimane dalla ricezione (articolo 41 del codice assicurativo svizzero).
- **Compilazione delle richieste di rimborso:** deve compilare e inoltrare una richiesta di rimborso separata per ciascuna persona e per ciascuna patologia per le quali vuole ricevere un rimborso.
- **Documentazione di supporto:** quando allega documentazione di supporto (ad esempio, copie delle ricevute delle spese mediche), la preghiamo di conservare la copia originale. Abbiamo il diritto di richiederle le copie originali in qualsiasi momento fino a 12 mesi dopo il pagamento del rimborso. Potremmo inoltre richiederle un giustificativo del pagamento (ad esempio, un estratto conto bancario o della carta di credito) a supporto delle ricevute mediche che ha pagato. È sua responsabilità conservare copia di tutta la corrispondenza in generale intercorsa con noi: decliniamo ogni responsabilità per la corrispondenza che non riceviamo per ragioni estranee al nostro controllo.
- **Franchigie:** se l'importo totale di tutte le fatture per cui ci vuole richiedere un rimborso è inferiore a quello della franchigia prevista dal suo programma, può:
 - conservare tutte le ricevute relative alle spese mediche fuori ricovero, fino a quando l'importo totale delle richieste di rimborso è superiore all'importo della franchigia, oppure
 - inviarci una richiesta di rimborso ogni volta che sostiene una spesa medica fuori ricovero. Quando l'importo totale delle richieste di rimborso risulterà superiore all'importo della franchigia, inizieremo a rimborsarle le spese.

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

- **Valuta:** specifichi la valuta in cui desidera ricevere il rimborso nella sua richiesta. In rare occasioni, a causa dei regolamenti bancari internazionali, potremmo non essere in grado di effettuare un pagamento nella valuta scelta; ma se ciò si verifica, le identificheremo una valuta alternativa appropriata. Se dobbiamo eseguire una conversione tra due valute, utilizzeremo il tasso di cambio in vigore alla data di emissione della fattura o quello in vigore al momento del pagamento del rimborso.

Ci riserviamo il diritto di scegliere quale tasso di cambio della valuta applicare.

- **Rimborsi:** rimborsiamo solamente le spese coperte entro i massimali previsti dalla sua polizza, dopo aver preso in considerazione eventuali pre-approvazioni richieste, ed eventuali franchigie e scoperti che potrebbero essere inclusi nel suo programma e perciò indicati nell'Elenco delle prestazioni.
- **Spese ragionevoli e consuetudinarie:** rimborsiamo solamente le spese mediche che sono "ragionevoli e consuetudinarie", ovvero conformi ai costi standard generalmente richiesti per una determinata procedura medica in un determinato Paese. Ci riserviamo il diritto di ridurre il rimborso, se consideriamo inappropriato l'ammontare richiesto.
- **Caparre:** se il medico le chiede di pagare una caparra prima di fornirle il trattamento di cui ha bisogno, rimborseremo le spese solamente a trattamento concluso.
- **Fornire informazioni:** Lei e suoi familiari a carico accettate di assisterci nell'ottenere tutte le informazioni necessarie all'evasione delle richieste di rimborso. Ci riserviamo il diritto di accedere a tutta la documentazione clinica disponibile e a metterci direttamente in contatto con la struttura sanitaria o il medico curante. Ove necessario, ci riserviamo il diritto di richiedere, a nostre spese, una visita medica presso uno dei nostri consulenti medici. Tutte le informazioni fornite saranno trattate con la massima riservatezza. Se Lei o i suoi familiari a carico non ci fornite le informazioni di cui abbiamo bisogno, ci riserviamo il diritto di sospendere la copertura.

Trattamenti medici necessari per colpa di terzi

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

Termini e condizioni della copertura



Termini e condizioni

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

- Il **Certificato di assicurazione** le conferma i programmi e l'area geografica di copertura che la sua azienda ha scelto per Lei e per i suoi familiari (se inclusi nella polizza), oltre alla data di inizio e di rinnovo della copertura. Se la sua polizza è soggetta a valutazione dello stato di salute, nel Certificato trova anche eventuali condizioni speciali che si applicano alla sua copertura specifica. Le invieremo un nuovo Certificato di assicurazione tutte le volte che effettuiamo un cambio nella polizza. I cambi possono essere richiesti o dalla sua azienda, o da Lei stesso (previa approvazione da parte della sua azienda, come nel caso dell'inclusione in copertura di un nuovo familiare a carico), o infine da noi ogni volta che dobbiamo aggiornare qualcosa relativa ai prodotti offerti.
- L'**Elenco delle prestazioni** è un documento che indica il programma selezionato per Lei dalla sua azienda e in cui si fornisce una lista completa di tutte le prestazioni coperte dalla sua polizza. Inoltre, nell'Elenco delle prestazioni si specifica quali prestazioni sono soggette a Garanzia di pagamento, a massimali, a periodi di carenza, a franchigie o a scoperti. Le somme indicate nell'Elenco delle prestazioni sono nella valuta concordata con la sua azienda (o con Lei, laddove il premio per la sua copertura non sia pagato dalla sua azienda ma da Lei stesso).

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

Amministrazione della sua polizza

Se la polizza o eventuali cambi nella polizza non sono in linea con quanto concordato tra noi e la sua azienda, è responsabilità della sua azienda richiedere la correzione entro quattro settimane dalla data di ricezione dei termini e condizioni di polizza; altrimenti la polizza verrà ritenuta accettata (articolo 12 del codice assicurativo svizzero).

Cambio del titolare della polizza (ovvero dell'assicurato principale)

Se richiede di cambiare il titolare della polizza, il nuovo titolare dovrà completare un modulo di Richiesta di sottoscrizione (si applica solo se la sua polizza aziendale è soggetta a valutazione dello stato di salute).

Doppia assicurazione e sussidiarietà

- a. Come da contratto assicurativo, siamo responsabili di rimborsare quella parte di spese mediche che la sua assicurazione (privata o statale o di altro tipo) non copre. Se Lei ha anche altre polizze assicurative private sottoscritte con un'altra compagnia assicurativa che copre quella parte di spese mediche che copriamo anche noi, il nostro rimborso sarà pro rata (articolo 71 del codice assicurativo svizzero). Se le abbiamo rimborsato delle spese mediche che in realtà sono coperte per legge dall'assicurazione statale, abbiamo il diritto di recuperare la cifra che abbiamo pagato da Lei o dall'ente che gestisce l'assicurazione statale.
- b. Se la responsabilità di rimborsare le sue spese mediche per le conseguenze di una malattia o incidente ricade su terzi, le pagheremo le spese in qualità di prestito anticipato così che possa accedere alle cure, a condizione che Lei poi richieda al terzo responsabile di ripagarci quella parte delle spese che gli spetta coprire. Se Lei si accorda con il terzo per revocare in tutto o in parte il nostro diritto al recupero delle somme pagate senza il nostro consenso, il suo diritto al pagamento delle prestazioni assicurative diviene nullo.

Quando inizia la copertura per Lei e i suoi familiari assicurati

La copertura è valida a partire dalla data di inizio indicata sul Certificato di assicurazione e continua fino alla data del rinnovo della polizza aziendale (anche questa indicata nel Certificato di assicurazione). Generalmente, il periodo di vigenza della polizza corrisponde ad un Anno assicurativo (se non diversamente concordato con la sua azienda o a meno che la sua polizza non sia iniziata durante il corso di tale Anno assicurativo). Al termine del periodo di vigenza della polizza, la sua azienda può rinnovare il

contratto sulla base dei termini e condizioni dei prodotti assicurativi aziendali vigenti in quel momento. La sua copertura sarà soggetta a tali termini e condizioni.

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

Inclusione di familiari a carico

Può richiedere l'inclusione nella sua copertura di familiari a carico se il contratto stipulato dalla vostra azienda con noi lo consente. Il procedimento è differente per le polizze aziendali con o senza valutazione del rischio assicurativo. Se ha una polizza con valutazione del rischio assicurativo (cioè in cui viene valutata la storia clinica di ciascun singolo assicurato prima di poter confermare i termini della copertura), lo saprà perché deve aver compilato una dichiarazione sullo stato di salute al momento di richiedere la copertura.

Polizze aziendali con valutazione del rischio assicurativo

Come aggiungo un neonato alla mia polizza?

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

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

Il neonato sarà soggetto a valutazione dello stato di salute e, se accettato, la sua copertura avrà inizio quattro settimane prima della data in cui riceviamo la notifica.

Cosa succede se voglio aggiungere neonati frutto di parto gemellare?

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

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

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

Il massimale è 39.000 CHF a neonato. I trattamenti fuori ricovero, invece, sono coperti dal Programma fuori ricovero (se selezionato).

Polizze aziendali senza valutazione del rischio assicurativo

Come aggiungo un neonato alla mia polizza?

I neonati (inclusi i neonati frutto di parto gemellare o nati da maternità surrogata, adottati e in affidamento) sono accettati in copertura a partire dalla nascita se veniamo informati entro 4 settimane dalla nascita della necessità di includerli nella polizza. Per richiedere l'inclusione, deve semplicemente chiedere alla sua azienda di inoltrare una richiesta scritta e allegare una copia del certificato di nascita.

Una volta accettati in copertura, rilasceremo un nuovo Certificato di assicurazione per confermare l'inclusione del neonato. La nuova versione del Certificato rimpiazzerà eventuali versioni precedenti.

Che succede se non informo la mia azienda della necessità di includere un neonato entro 4 settimane dalla nascita?

Se la richiesta di aggiungere un neonato nella sua copertura ci arriva oltre le 4 settimane, la copertura del neonato inizierà a partire dalla data in cui riceviamo la notifica.

Cambiare Paese di residenza

È importante che ci comunichi se cambia Paese di residenza. Il cambio potrebbe avere un impatto sul premio o sulla sua copertura, anche se si trasferisce in un Paese incluso nella sua area geografica di copertura. In alcuni Paesi la copertura è soggetta a delle restrizioni legali locali in merito alla copertura assicurativa sanitaria, che si applicano soprattutto a coloro che sono permanentemente residenti in quel determinato Paese. È sua responsabilità accertarsi che la sua copertura sanitaria sia idonea a fini di legge. Se dovesse avere dei dubbi in merito, le consigliamo di consultare un consulente legale, dal momento che potremmo trovarci nell'impossibilità di continuarle ad offrirle copertura assicurativa. La copertura fornita da Allianz Care non è sostitutiva della copertura assicurativa sanitaria obbligatoria in vigenza in determinati Paesi, ad esempio in Svizzera.

Come vi informo del mio trasferimento ad altro Paese?

Se è assicurato da una polizza aziendale soggetta a valutazione dello stato di salute, deve contattare la nostra Helpline per informarci del suo trasferimento. Se invece è assicurato da una polizza aziendale non soggetta a valutazione dello stato di salute, deve semplicemente darne notifica alla sua azienda.

Cambiare indirizzo o indirizzo e-mail

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

Corrispondenza

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

Se desidera inviarci della posta, ecco l'indirizzo: AWP P&C S.A., Wallisellen branch (Switzerland), Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen

Rinnovo della copertura

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

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

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

Termine della copertura

Noi o la sua azienda possiamo cancellare la sua copertura o quella di eventuali familiari a carico informandoci a vicenda per iscritto: in questo caso la cancellazione avrà effetto a partire dalla data del rinnovo e le daremo tre mesi di preavviso. Rinunciamo al diritto di cancellare il contratto come da articolo 42 del codice assicurativo svizzero: ciò non ha impatto sul diritto di cancellazione della sua azienda.

Noi e la sua azienda la avviseremo immediatamente se per qualsiasi ragione la sua copertura non può essere rinnovata o verrà cancellata, perché Lei sia informato che la sua copertura è terminata e che ulteriori prestazioni non verranno pagate. La informeremo inoltre su eventuali opzioni di continuazione di copertura disponibili.

Abbiamo il diritto di cancellare la copertura dandole un preavviso di tre mesi dal termine dell'anno di calendario. L'avviso sarà valido se lo riceve a mezzo raccomandata prima della scadenza del periodo di preavviso e non più tardi di tre mesi dalla data di rinnovo della polizza. Eventuali sue richieste di cambi o cancellazioni relative alla polizza devono pervenirci attraverso l'Amministratore della sua polizza di gruppo.

La copertura verrà cancellata automaticamente se:

- il contratto vigente tra noi e la sua azienda non viene rinnovato al termine dell'Anno assicurativo;
- la sua azienda decide di cancellare o di non rinnovare la sua copertura;
- a sua azienda non paga il premio o qualsiasi altro saldo dovuto secondo i termini del Contratto aziendale;

- smette di lavorare per la sua azienda;
- viene a mancare il titolare della polizza (cioè il dipendente assicurato che lavora per l'azienda).

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

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

Deve informarci se non è coperto o smette di essere coperto dall'assicurazione sanitaria obbligatoria svizzera, dal momento che, in quel caso, potremmo essere legalmente costretti a cancellare la sua polizza.

Siamo responsabili per il rimborso delle sole spese mediche che non sono già coperte dall'assicurazione sanitaria obbligatoria svizzera. Non rimborsiamo le spese mediche coperte dall'assicurazione sanitaria obbligatoria svizzera nel caso in cui Lei non è coperto o smette di essere coperto dall'assicurazione sanitaria obbligatoria svizzera.

Durata della polizza

Il suo diritto al rimborso delle spese mediche termina alla scadenza della polizza assicurativa. Rimborsiamo qualsiasi spesa medica coperta da Lei sostenuta durante il periodo di validità della polizza fino a due anni dopo la data del trattamento. Tuttavia, i trattamenti medici che continua o inizia a ricevere dopo la data di scadenza della polizza, anche se iniziati durante il periodo di validità della copertura e anche se relativi ad altri trattamenti conclusi durante il periodo di validità della polizza, non saranno più coperti.

Passare a una polizza per privati al termine della copertura di gruppo

Se smette di essere coperto dal programma assicurativo aziendale, può sempre scriverci un'e-mail per richiedere il trasferimento ad uno dei nostri Programmi Suisse di assicurazione sanitaria internazionale per privati. La nuova polizza privata non sarà soggetta a valutazione del rischio assicurativo se il livello di copertura da Lei scelto è simile a quello goduto attraverso la polizza aziendale (ad esempio, se ha "Suisse Premier", deve scegliere "Suisse Premier Individual" o se ha "Suisse Club" deve scegliere "Suisse Club Individual"). 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 vigore della nuova polizza per privati corrisponderà al giorno successivo a quello in cui lascia il programma di gruppo.

Pagamento del premio

Se la sua azienda si occupa del pagamento del suo premio assicurativo (e di quello di eventuali familiari a carico), allora si occuperà anche del pagamento di eventuali tasse assicurative o imposte relative alla sua copertura.

Il calcolo del premio si basa su vari fattori, ad esempio l'area geografica di copertura, il suo Paese di residenza, il tasso del premio in vigore e altri fattori di rischio che hanno un impatto materiale sull'assicurazione, eccetto quando accordato diversamente nel Contratto aziendale.

Accettando la copertura, la sua azienda ha l'obbligo di pagare il premio indicato nel preventivo, utilizzando il metodo di pagamento accordato. Il pagamento del premio può essere effettuato con frazionamento mensile, trimestrale, semestrale o in un'unica rata annuale, a seconda del metodo di pagamento scelto. Non siamo responsabili per pagamenti effettuati tramite terzi.

La sua azienda potrebbe occuparsi anche del pagamento di eventuali tasse assicurative o imposte relative alla sua copertura (ad esempio la tassa sul premio assicurativo IPT). In alcuni casi, però, le potrebbe essere richiesto di pagare Lei le tasse assicurative sul premio. Per maggiori informazioni, consulti la sua azienda.

Ecco quali sono le scadenze di pagamento, salvo quando accordato diversamente nel Contratto aziendale:

Frequenza di pagamento	Data di scadenza
Mensile	Il primo giorno di ogni mese
Trimestrale	Il primo giorno di ogni trimestre
Semestrale	1 luglio e 1 gennaio
Annuale	1 gennaio

Se la sua assicurazione inizia ad Anno assicurativo già in corso, la scadenza del primo pagamento o del premio intero (a seconda del frazionamento scelto per il pagamento del premio) è il primo giorno del suo periodo di copertura, salvo quando accordato diversamente nel Contratto aziendale.

Se il premio iniziale o le rate successive non sono pagati per completo entro la data di scadenza, le manderemo un sollecito di pagamento e 14 giorni dopo, se il pagamento non è ancora stato effettuato, sospenderemo la copertura (articoli 20 e 21 del codice assicurativo svizzero). Se non la citiamo in tribunale per il recupero del premio non pagato, la sua polizza verrà automaticamente cancellata due mesi dopo il termine del periodo di 14 giorni concessole a mezzo sollecito per il pagamento del premio dovuto (articoli 20 e 21) e non le invieremo ulteriori comunicazioni sulla cancellazione.

La informeremo se la sua copertura viene sospesa o se la polizza viene cancellata come risultato del mancato pagamento del premio.

Quando riceve la fattura, controlli che il premio fatturato corrisponde al preventivo concordato e ci contatti immediatamente in caso di discrepanze. Non siamo responsabili per pagamenti effettuati tramite terzi. Il pagamento delle rate successive diventa esigibile il primo giorno del periodo di copertura a cui si riferisce.

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

I crediti nei nostri confronti non possono essere dedotti dal premio da pagare.

Altre condizioni che si applicano alla sua copertura

Giurisdizione: Eccetto nei casi in cui la legge imponga diversamente, la sua assicurazione è soggetta alla legge svizzera e in particolare al codice di regolamentazione assicurativa della Svizzera ("Versicherungsvertragsgesetz, VVG"). Eventuali dispute che non possono essere altrimenti risolte tra le parti in causa verranno proposte al tribunale svizzero del domicilio dell'assicurato (o della persona che espone la lamentela) o della compagnia assicurativa.

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

Procedimenti legali: Possono essere inoltrate richieste di rimborso in virtù di questa polizza solo fino a cinque anni dal momento in cui si è verificato l'evento che dà origine all'obbligo di pagamento. Per le polizze stipulate fino al 31 dicembre 2021 (compreso), il termine di prescrizione di cinque anni vale solo per le richieste di rimborso nei confronti dell'assicuratore.

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

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

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

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

- la previdenza sociale;
- altre polizze assicurative;
- altri terzi.

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

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

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

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

Cancellazione della polizza e frode:

- a) Per le **polizze con valutazione del rischio assicurativo**: le informazioni che Lei e i suoi familiari a carico ci fornite, ad esempio attraverso il Modulo di richiesta di sottoscrizione, devono essere complete e accurate. Se le informazioni non sono corrette o non ci comunica dati importanti che possono influire sulla nostra valutazione del rischio assicurativo, la sua polizza potrebbe essere annullata a partire dalla data di entrata in vigore. Deve informarci di tutte le patologie che si manifestino nel periodo compreso tra la compilazione del Modulo di richiesta di sottoscrizione e la data di inizio della polizza. Le patologie che non dichiara potrebbero non essere coperte. Se non è sicuro che determinate informazioni siano rilevanti per la valutazione del rischio assicurativo, la preghiamo di chiamarci e lo chiariremo per Lei.
- a) Non rimborseremo alcuna spesa medica relativa ad una richiesta di rimborso se:
- la richiesta di rimborso è falsa, fraudolenta o intenzionalmente esagerata;
 - Lei e/o i suoi familiari a carico (o terzi che agiscono a vostro nome) adottate mezzi illeciti o fraudolenti al fine di ottenere una prestazione ai sensi di questa polizza.

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

In caso di richieste di rimborso basate su dichiarazioni incomplete o inaccurate (cioè su informazioni incorrette od omissione di informazioni), cancelleremo il contratto assicurativo dandole notifica scritta entro quattro settimane e le rimborseremo il premio (articolo 6 del codice assicurativo svizzero). In caso di richieste di rimborso fraudolente, cancelleremo il contratto assicurativo dandole notifica scritta. La cancellazione sarà effettiva dalla data in cui scopriamo l'atto fraudolento ed eventuali importi da noi pagati a seguito di sue richieste di rimborso per spese mediche diventeranno immediatamente esigibili da noi (articolo 40 del codice assicurativo svizzero).

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

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

Informativa sulla protezione dei dati personali

- a. Per effettuare ogni singola transazione relativa al funzionamento della sua polizza assicurativa è essenziale utilizzare i suoi dati personali. Trattiamo i suoi dati personali in conformità alle direttive svizzere per la protezione dei dati personali (DPA). Quando necessario, le richiederemo l'autorizzazione per il trattamento dei suoi dati. Abbiamo bisogno dei suoi dati per svolgere le attività relative al funzionamento della sua polizza, come ad esempio il calcolo di preventivi, la valutazione del rischio assicurativo, la riscossione del premio, il pagamento dei rimborsi delle spese mediche, ecc. La maggior parte dei dati necessari per svolgere tali attività sono raccolti quando compila il suo modulo di richiesta di sottoscrizione. Abbiamo inoltre bisogno dei suoi dati personali per determinare quali migliorie applicare ai nostri prodotti e per scopi di marketing.

- b. Per poterle offrire una copertura assicurativa completa ma conveniente, i servizi connessi alla sua polizza (tanto quando vi accede dalla Svizzera quanto dall'estero) potrebbero in certi casi esserle offerti attraverso aziende fornitrici indipendenti, che possono essere parte dell'Allianz Group o no. Per potere eseguire i nostri doveri come da contratto assicurativo, in molti casi avremo la necessità di fornire i suoi dati personali a queste aziende fornitrici di servizi. I suoi dati sono da noi conservati in archivi digitali e tradizionali in conformità alla legge. In qualità di assicurato, Lei ha il diritto, così come dettato dalle direttive per la protezione dei dati (DPA), di richiedere se e quali dei suoi dati personali sono da noi utilizzati. Ha inoltre il diritto di richiedere rettifica dei suoi dati personali laddove ci siano degli errori.

Se vuole porgerci delle domande su come utilizziamo i suoi dati, ci scriva al seguente indirizzo e-mail:

@ AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Procedura per i reclami

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



+353 1 630 1305



client.services@allianzworldwidecare.com



Customer Advocacy Team,
Allianz Care,
15 Joyce Way,
Park West Business Campus,
Nangor Road,
Dublin 12, Irlanda

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



www.allianzcare.com/it/complaints.html

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

Se non è soddisfatto di come abbiamo risolto la questione espressa in una sua lamentela, può proporla al Difensore civico svizzero.



Indirizzo: Postfach 2646, 8022 Zurigo

Noti che ciò non sostituisce il suo diritto, come stabilito dalle leggi svizzere, di proporre il suo caso ai tribunali svizzeri.

Definizioni

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

A

Acuto: si riferisce all'improvviso manifestarsi o all'improvviso peggioramento di una patologia.

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

Anno assicurativo: decorre dalla data effettiva di inizio della sua polizza (la trova indicata nel Certificato di assicurazione) e termina sempre il 31 di dicembre.

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

Assicurato principale: è la persona assicurata dalla polizza aziendale che lavora per l'azienda titolare della polizza e il cui nome appare sul 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. L'assistenza infermieristica domiciliare o in convalescenziario è coperta solo se appare elencata nell'Elenco delle prestazioni e se il medico curante del paziente dichiara il soggiorno in convalescenziario o l'assistenza di un infermiere presso il domicilio medicalmente necessari. Questa prestazione deve inoltre essere approvata dal nostro Direttore medico. Non sono coperte le spese per soggiorni in centri termali e centri di cura e benessere.

Azienda: è il vostro datore di lavoro, come specificato sul Contratto aziendale.

Azienda titolare della polizza: è l'azienda per cui lavora l'assicurato e che firma il Contratto aziendale con la compagnia assicurativa.

C

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

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

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

Chirurgia preventiva: si riferisce alla mastectomia profilattica e alla ovariectomia profilattica, che sono coperte quando:

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

Codice assicurativo svizzero: è il

Versicherungsvertragsgesetz, il codice federale che regola la contrattazione assicurativa in Svizzera.

Compagnia assicurativa: AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Parigi) – filiale di Wallisellen (Svizzera).

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 solo all'emorragia post-parto e alla mancata espulsione della membrana placentare. Se il suo programma include anche la prestazione "Maternità" o "Copertura del parto e cure del neonato", allora "Complicanze del parto" include il parto cesareo necessario dal punto di vista medico. Le spese relative alle complicanze della gravidanza o alle complicanze del parto non sono coperte dalla prestazione "Maternità".

Coniuge/compagno: si riferisce alla persona con cui convive in un rapporto di coppia da un periodo continuativo di almeno 12 mesi.

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

Costi di pernottamento in ospedale per un genitore che accompagna un figlio assicurato: 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, copriremo le spese equivalenti al costo per notte di una stanza in un hotel a tre stelle, indipendentemente da quali siano state le spese di pernottamento effettivamente sostenute. Non verranno comunque incluse spese varie quali, a titolo esplicativo e non esaustivo, i costi relativi a vitto, telefono o giornali. Consulti l'Elenco delle prestazioni per verificare se vigono limiti di età in riferimento al figlio ricoverato.

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

Cure dentali d'emergenza fuori ricovero: cure ricevute in un ambulatorio dentistico o in un pronto soccorso ospedaliero per dare immediato sollievo al dolore ai denti causato da un incidente o da una lesione a denti naturali sani. Le cure dentali d'emergenza fuori ricovero potrebbero

includere trattamenti come la pulpotomia o la pulpectomia e le conseguenti otturazioni temporanee (tre al massimo per Anno assicurativo). Per essere coperte da questa prestazione, le cure devono essere prestate entro 24 ore dal verificarsi dell'emergenza. La prestazione non copre le protesi dentali di qualsiasi tipo, le ricostruzioni permanenti e la continuazione del trattamento dei canali delle radici. Tuttavia, se la sua polizza include un Programma di cure dentali, questo coprirà le spese mediche eccedenti il massimale della prestazione "Cure dentali d'emergenza fuori ricovero" (fino ai massimali ed entro i termini e le condizioni del Programma di cure dentali).

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

Cure del neonato: accertamenti medici di routine miranti a valutare l'integrità delle funzioni basilari degli organi e della struttura scheletrica del neonato. Gli accertamenti devono essere eseguiti immediatamente dopo la nascita.

Dalla copertura sono escluse ulteriori procedure diagnostiche o preventive, quali tamponi faringei, test ematici e prove audiometriche. Tuttavia, se per ragioni mediche il suo bambino ha bisogno di un trattamento o test ulteriore alle cure di base, questi saranno coperti dalla polizza specifica del bambino (se è stato aggiunto alla polizza come familiare a carico). I trattamenti in regime di ricovero necessari per neonati frutto di parti gemellari a seguito di trattamenti di riproduzione assistita, o neonati frutto di maternità surrogata, o neonati adottati/in affidamento sono coperti fino a un massimo di 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 d'emergenza al di fuori dell'area geografica di copertura: questa prestazione copre le spese mediche che si dovessero rendere necessarie in una situazione di emergenza sanitaria, durante un viaggio di lavoro o vacanza in Paesi al di fuori dell'area geografica di copertura. La copertura è per un periodo massimo di sei settimane per viaggio, fino al massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni; include i trattamenti necessari a seguito di un incidente o improvviso sopraggiungere o aggravamento di una malattia acuta che presenta un'immediata minaccia per la salute. Per essere coperte da questa prestazione, le cure mediche devono essere prestate da un medico entro 24 ore dal verificarsi dell'emergenza. La prestazione si riferisce

esclusivamente alle cure di emergenza, non includendo, quindi, le cure necessarie dopo che l'emergenza è stata arginata, anche quando il paziente non sia in condizioni di trasferirsi in un Paese compreso nella propria area di copertura per ricevere trattamento. La copertura non si estende nemmeno a spese correlate alla maternità, alla gravidanza, al parto o a complicanze della gravidanza o del parto. Se ha in programma di trascorrere un periodo superiore alle sei settimane fuori dalla sua area di copertura, deve darcene notifica.

Cure di emergenza fuori ricovero: trattamenti ricevuti in un pronto soccorso entro 24 ore dal verificarsi di un incidente o improvviso malessere per il quale l'assicurato non necessita di ricovero ospedaliero. Se la sua polizza include un Programma fuori ricovero, questo coprirà le spese mediche eccedenti il massimale della prestazione "Cure d'emergenza fuori ricovero" (fino al massimale e entro i termini e le condizioni del Programma fuori ricovero).

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

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

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

Cure per i disturbi dell'alimentazione: si riferisce a una combinazione di metodi, tecniche e protocolli di psicoterapia, che includono la terapia cognitivo-comportamentale, il monitoraggio medico, la prescrizione di farmaci e il counseling sulla nutrizione per il trattamento dell'anoressia nervosa, bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata. Copriamo queste cure quando sono prestate in regime di ricovero o day-hospital e solo se includono la prescrizione di farmaci per il trattamento del disturbo. A seconda del suo programma, Lei potrebbe avere anche copertura per ricevere le stesse cure fuori ricovero, ma in questo caso è necessario avere l'impegnativa del medico per accedere alla copertura; inoltre, la copertura è inizialmente limitata a 10 sedute per disturbo. Dopo ogni 10 sedute, uno

psichiatra deve valutare il progresso del trattamento e, se sedute aggiuntive sono necessarie a quel punto, deve inviarti un certificato medico che indica la diagnosi e la necessità di ulteriori sedute.

Cure post-natali: cure mediche di routine necessarie per la puerpera durante le sei settimane dopo il parto.

Cure pre-natali: controlli di routine e test di accertamento solitamente richiesti durante la gravidanza. Per le donne che abbiano compiuto i 35 anni di età, fra i controlli di routine si annoverano anche il triplo test e il quadruplo test, i test per la diagnosi della spina bifida, l'amniocentesi e l'analisi del DNA (se direttamente correlata ad un'amniocentesi da noi coperta).

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

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

D

Disforia di genere: è il malessere percepito da una persona a causa dell'incongruenza tra il sesso in cui si riconosce e il sesso assegnatogli alla nascita.

Domicilio: residenza in cui una persona risiede con l'intenzione di rimanervi permanentemente, come da definizione nel codice civile svizzero (articoli da 23 a 26, SR 210).

E

Emergenza: insorgenza di una patologia improvvisa e imprevista che richiede cure mediche urgenti. Vengono coperte in qualità di cure d'emergenza solo le cure iniziate entro le 24 ore dall'evento che le ha determinate.

Evacuazione medica:

si effettua quando:

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

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

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

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

Nell'eventualità in cui il sangue compatibile e testato necessario per una trasfusione non sia disponibile in loco,

tenteremo, ove opportuno e ove richiesto dal medico trattante, di reperire e trasportare sangue compatibile e attrezzature trasfusionali sterili. La compagnia assicurativa e i suoi rappresentanti declinano ogni responsabilità nel caso in cui il tentativo di reperire l'occorrente per la trasfusione sia infruttuoso o nel caso in cui i medici trattanti facciano uso di sangue o materiali non sterili.

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

F

Familiare: persona con cui si ha una relazione familiare di primo grado, cioè il coniuge/compagno, genitore, fratello o sorella o figlio, con inclusione di figli adottati, in affidamento o figliastri.

Familiare a carico: è il suo coniuge o compagno/a (anche dello stesso sesso) e/o i suoi figli non sposati (anche se figliastri, in adozione o in affidamento) di età inferiore ai 18 anni, o ai 24 anni se studenti a tempo pieno, finanziariamente dipendenti da Lei ed indicati come familiari a carico nel Certificato di assicurazione.

Farmaci da banco con prescrizione: farmaci da banco prescritti da un medico per:

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

Alcuni esempi sono le aspirine e le vitamine. I farmaci da banco devono essere di comprovata efficacia per curare la patologia del paziente e approvati dall'autorità regolatrice in materia farmacologica del Paese in cui usa la prescrizione. Per accedere alla copertura di questa prestazione "Farmaci da banco con prescrizione", i suoi farmaci devono essere prescritti, anche se legalmente la prescrizione non è necessaria per acquistarli nel Paese in cui si trova.

Farmaci odontoiatrici prescritti: farmaci prescritti da un dentista per il trattamento di un'inflammatione o infezione dentale. I medicinali prescritti devono essere di comprovata efficacia per curare la patologia del paziente e devono essere approvati dall'autorità regolatrice in materia

farmacologica del Paese in cui sono prescritti. I farmaci odontoiatrici prescritti non includono colluttori, prodotti al fluoruro, gel antisettici e dentifrici.

Fisioterapia senza prescrizione medica: è un trattamento eseguito da un fisioterapista abilitato senza essere prescritto da un medico. La copertura è limitata al numero di sedute indicato nell'Elenco delle prestazioni. Superato tale limite, è necessaria la prescrizione medica per ogni altra seduta aggiuntiva; eventuali sedute aggiuntive verranno coperte dalla prestazione "Fisioterapia (su prescrizione medica)". La fisioterapia non include il Rolfing, i massaggi, il metodo Pilates, il metodo Milta e la fangoterapia.

Fisioterapia su prescrizione medica: è un trattamento (eseguito da un fisioterapista abilitato) per il quale ha la prescrizione del suo medico. La fisioterapia (tanto prescritta, quanto nella combinazione di prescritta e non prescritta) è inizialmente limitata a 12 sedute per patologia, in seguito alle quali deve fare a un'ulteriore visita di controllo con il medico che le ha prescritto la fisioterapia. Se risulta che ha bisogno di sedute aggiuntive di fisioterapia, dovrà inviarcì un certificato medico che ci informi sul progresso della terapia dopo ogni ciclo di 12 sedute, e che ci indichi che il trattamento continua ad essere necessario dal punto di vista medico. La fisioterapia necessaria a seguito di una procedura in ricovero ospedaliero è coperta dalla prestazione "Trattamento di riabilitazione".

Franchigia: è la parte delle spese mediche che rimane a suo carico e che deduciamo dalla cifra che le rimborsiamo. Se si applicano al suo programma, tutte le franchigie sono intese per assicurato e per Anno assicurativo, se non diversamente specificato nell'Elenco delle prestazioni.

G

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

I

Indennità di ricovero: è una somma prestabilita che paghiamo quando riceve un trattamento in ricovero che è coperto dalla polizza ma per il quale non può reclamarci un rimborso dal momento che riceve gratis il trattamento (cioè quando il suo trattamento è sovvenzionato interamente

dallo Stato e non c'è una fattura da presentarci, né pagamento che possiamo effettuare in suo beneficio secondo i termini della sua polizza). La somma prestabilita per l'indennità di ricovero è indicata sull'Elenco delle prestazioni, e viene pagata solo dopo la dimissione dall'ospedale.

Infortunio: determinato da un evento imprevisto, fortuito, la cui causa è esterna al controllo dell'assicurato e indipendente dalla sua volontà e che causa all'assicurato una lesione, una malattia, un difetto fisico, un problema mentale o psicologico o ancora il decesso (ATSG, articolo 4 "Unfall")

Intervento chirurgico orale e maxillo-facciale: si riferisce all'intervento chirurgico condotto da un chirurgo orale e maxillo-facciale in un ospedale, per il trattamento di: patologie del cavo orale, disfunzione dell'articolazione temporo-mandibolare, fratture delle ossa facciali, deformazione congenita della mascella, disfunzioni delle ghiandole salivari e tumori.

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

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

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

Maternità: si riferisce ai costi che si rendono necessari durante il periodo di gravidanza e il parto, includendo i costi di ricovero, gli onorari degli specialisti, le cure pre e postnatali della madre, l'onorario dell'ostetrica (solamente per l'assistenza durante il parto) e le cure per il neonato (vedere la definizione "Cure del neonato" per verificare cosa copre questa prestazione e quali sono i termini applicabili a bambini nati da parto gemellare come risultato di trattamenti di riproduzione assistita). Non copriamo i costi derivanti dalle complicanze della gravidanza e del parto nell'ambito di 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). Il taglio cesareo necessario da un punto di vista medico è pagato nell'ambito della prestazione "Complicanze del parto".

In caso di parto domiciliare, pagheremo una somma forfettaria fino al massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni, se il suo programma include la prestazione "Parto domiciliare".

Medicina alternativa: si riferisce alle terapie e ai trattamenti che esulano dalla medicina convenzionale dei Paesi occidentali, come ad esempio i trattamenti chiropratici, osteopatici ed omeopatici, la medicina naturale cinese (erbe), l'agopuntura e la podologia, se praticate da terapeuti autorizzati. A seconda del programma scelto, potrebbe essere coperto per alcuni tipi di medicina alternativa: controlli il suo Elenco delle prestazioni per verificarlo.

Medicinali prescritti: sono i prodotti che può comprare solo mostrando di avere la prescrizione medica e che si usano per curare una patologia diagnosticata, un problema medico, o per l'integrazione di sostanze basilari nell'organismo. Alcuni esempi sono gli antibiotici, i sedativi, ecc. Questi prodotti devono essere di comprovata efficacia per curare la patologia del paziente. Devono inoltre essere riconosciuti in base alle linee guida mediche accettate a livello internazionale. I medicinali prescritti sono coperti per la quantità necessaria fino a tre mesi dalla data della prescrizione, a meno che la sua copertura non abbia termine prima di tale data.

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

Medico 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.

N

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

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

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

Noi: AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Parigi), filiale di Wallisellen (Svizzera).



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

Occhiali e lenti a contatto prescritti (esame della vista incluso): la prestazione copre l'acquisto di lenti a contatto o occhiali necessari alla correzione della vista. La prestazione include anche il rimborso di una visita oculistica di routine per Anno assicurativo presso un oculista, optometrista o oftalmologo.

Oncologia: si riferisce all'onorario di specialisti, al costo di test diagnostici, della radioterapia, della chemioterapia e alle spese ospedaliere relative alla cura delle patologie oncologiche fin dal momento della loro diagnosi. È coperto anche il costo di un manufatti protesici esterni per scopi cosmetici, per esempio una parrucca in caso di perdita di capelli oppure un reggiseno per protesi in conseguenza di un cancro al seno.

Onorario del dietologo/nutrizionista: si riferisce al costo delle visite effettuate da un dietologo o nutrizionista professionista, il quale possiede una qualifica ed è in possesso di regolare abilitazione alla professione nel Paese in cui la esercita. Se questa prestazione è inclusa nel suo programma, la copertura è fornita solo in presenza di patologie diagnosticate e coperte dal programma.

Onorario dell'ostetrica: spese di retribuzione per un'ostetrica o assistente al parto che, in conformità alla legislazione locale, abbia ricevuto adeguata preparazione e superato i necessari esami statali.

Onorario di medico generico: si riferisce al costo di una prestazione medica non chirurgica effettuata o amministrata da un medico generico.

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

Ortodonzia: correzione della malocclusione e dell'allineamento dei denti per mezzo di apparecchi correttivi. Sono coperti solo i trattamenti ortodontici che

soddisfano i criteri di necessità medica descritti a seguire. Poiché i seguenti criteri sono molto tecnici, le consigliamo di contattarci prima di iniziare il trattamento per verificare se il trattamento da Lei richiesto soddisfa i criteri della copertura.

Criteri di necessità medica:

- a) Overjet aumentato maggiore di 6 mm ma minore o uguale a 9 mm
- b) Overjet negativo maggiore di 3,5 mm ma senza difficoltà masticatorie o di linguaggio
- c) Crossbite anteriore e posteriore con discrepanze maggiori di 2 mm tra la posizione retrusa di contatto e la massima intercuspidazione
- d) Gravi spostamenti dei denti > 4
- e) Open bite anteriore e laterale estremi maggiori di 4 mm
- f) Overbite aumentato e completo con trauma gengivale o palatale
- g) Ipodonzia meno estesa che richiede ortodonzia pre-riparativa o chiusura degli spazi ortodontici per ovviare alla necessità di una protesi
- h) Crossbite linguale posteriore con nessun contatto occlusale funzionale in uno o entrambi i segmenti vestibolari
- i) Overjet negativo maggiore di 1 mm ma minore o uguale a 3,5 mm con difficoltà masticatorie e di linguaggio obiettive
- j) Denti parzialmente erotti, tippati e impattati contro i denti adiacenti
- k) Presenza di denti soprannumerari

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

- una relazione medica rilasciata dallo specialista, contenente la diagnosi (tipo di malocclusione) e una descrizione dei sintomi del paziente causati dal problema ortodontico;
- il programma di trattamento indicante la durata stimata del trattamento, il costo stimato e il tipo/materiale dell'apparecchio utilizzato;
- il tipo di pagamento concordato con il medico;
- la prova dell'aver avuto 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);

- eventuali altri documenti necessari per valutare la richiesta di rimborso.

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

Ospedale: struttura sanitaria ospedaliera riconosciuta nel Paese in cui opera e in cui il paziente viene costantemente seguito da un medico professionista. Non vengono considerate ospedali le seguenti strutture: case di cura e/o di riposo, stazioni termali, centri di benessere e salute.

P

Paese di origine: Paese da cui proviene o Paese di cui ha la cittadinanza.

Patologia: problema di salute fisica, mentale o psicologica, non risultante da incidente, che richiede l'attenzione di un medico, una cura o trattamento o che determina l'inabilità al lavoro. Le patologie congenite sono quelle che si presentano sin dalla nascita (ATSG, articolo 3 "Krankheit").

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

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

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

Patologie preesistenti: sono patologie di cui uno o più sintomi si sono manifestati nel corso della sua vita o di quella di uno dei suoi familiari a carico, indipendentemente dal fatto che siate ricorsi a un medico o no, e che dovette dichiarare sul modulo di richiesta di sottoscrizione (articoli 4 e 5 del codice assicurativo svizzero). Riterremo che una patologia in riferimento alla quale si sollecita un rimborso è preesistente ogni volta che possiamo ragionevolmente presumere che Lei o i suoi familiari a carico ne foste a conoscenza prima dell'inizio della copertura. Le nostre polizze normalmente coprono le patologie preesistenti, salvo diversa comunicazione scritta che potrebbe aver ricevuto all'iniziare la sua copertura.

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

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

Le patologie preesistenti che si manifestano nel periodo sopra indicato sono soggette al procedimento di valutazione dello stato di salute e, se non le dichiara, non verranno coperte e la sua polizza verrà cancellata come da articolo 6 e articolo 98 del codice assicurativo svizzero. 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 sua copertura (o data di entrata in vigore della copertura per i suoi familiari a carico), durante il quale non ha diritto alla copertura di una determinata prestazione. Le prestazioni soggette a periodi di carenza vengono indicate nell'Elenco delle prestazioni.

Podologia: si riferisce ad un trattamento clinicamente necessario, effettuato da un professionista in possesso di un'abilitazione statale.

Polizze di gruppo non soggette a valutazione dello stato di salute: si riferisce alle polizze che non sono soggette alla valutazione preliminare dello stato di salute degli assicurati.

Polizze di gruppo soggette alla valutazione dello stato di salute: sono le polizze di gruppo per cui la storia medica degli assicurati viene valutata quando vengono inclusi in copertura, prima di poter confermare loro le condizioni di copertura.

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.

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

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

R

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

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

S

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

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

Servizi per la disforia di genere: sono i seguenti trattamenti necessari dal punto di vista medico:

- servizi di salute comportamentale come il counseling per la disforia di genere e ogni problema psichiatrico relativo (ad esempio l'ansia e la depressione). I trattamenti devono essere prescritti da uno psichiatra o da uno psicologo clinico;
- terapia ormonale;
- controlli di routine relativi all'età del paziente o al suo sesso biologico come il Pap-test, la mammografia, l'esame di prevenzione del cancro alla prostata, a seconda dell'anatomia biologica del paziente;
- transgenderismo e relativi interventi chirurgici, coperti purché al paziente sia stata diagnosticata la disforia di genere e solo quando il suo caso si adegua ai seguenti criteri:
 - Il paziente è maggiorenne (ha dai 18 anni in su).
 - Il paziente può esibire una lettera di raccomandazione per l'intervento chirurgico (che includa una relazione dettagliata) da un professionista della salute mentale per interventi chirurgici al seno/al torso, o due lettere di raccomandazione (che includano una relazione dettagliata) da due professionisti della salute mentale differenti per interventi chirurgici ai genitali. Accetteremo anche una lettera da un professionista in possesso di laurea Master (cioè un professionista della psicologia e igiene

mentale – ad esempio: psichiatra, infermiere specializzato in salute mentale o psicologo che ha completato un Master in quest'area specifica della medicina) se la seconda lettera è da uno psichiatra o psicologo clinico.

La lettera di raccomandazione deve essere basata su valutazioni condotte non prima degli ultimi 24 mesi e deve indicare che la decisione del paziente è ancora corrente e non è causata da altre patologie o disturbi curabili. Ciascuna delle lettere di raccomandazione deve indicare che l'operazione chirurgica è necessaria dal punto di vista medico d'accordo con le linee guida della gestione di questo tipo di caso clinico.

Scoperto: è la percentuale sui costi dei trattamenti sanitari che rimane a vostro carico. Per esempio, se una prestazione ha un rimborso dell'80%, significa che si applica uno scoperto del 20%, per cui la compagnia assicurativa paga l'80% dei costi di ogni trattamento ammissibile per persona assicurata, per anno assicurativo.

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

Spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di decesso o pericolo di vita di un 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. Nel caso in cui sia deceduto, il viaggio dei familiari assicurati deve iniziare entro 6 settimane dalla data del decesso per essere coperto. Consideriamo "costi di trasporto ragionevoli" i costi di trasporto (andata e ritorno) in classe economica. 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. Il pagamento di questa prestazione può essere richiesto 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 familiari assicurati (inclusi minori che rimarrebbero altrimenti senza la supervisione di un adulto) in caso di evacuazione o rimpatrio dell'assicurato. Se tutti i familiari non possono viaggiare nello stesso veicolo della

persona evacuata/rimpatriata, pagheremo i costi del loro viaggio di andata e ritorno, in classe economica.

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

Spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di rimpatrio di salma: 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 viaggiare fino al Paese scelto allo scopo di dare sepoltura alla salma. Per "costi di trasporto ragionevoli" si intendono i costi di trasporto (andata e ritorno) in classe economica. Le spese di alloggio in hotel ed altre spese correlate non sono coperte.

Spese per un accompagnatore in caso di rimpatrio o evacuazione di un assicurato: si riferiscono alle spese di viaggio relative ad una persona che accompagna l'assicurato in caso di rimpatrio o evacuazione. Se l'assicurato e l'accompagnatore non possono viaggiare nello stesso veicolo, pagheremo i costi di viaggio in un mezzo alternativo di trasporto, in classe economica. Per il paziente evacuato/rimpatriato che torna al Paese principale di residenza dopo il completamento delle cure è previsto anche il rimborso, in classe economica, delle spese del viaggio di ritorno. Le spese di alloggio in hotel ed altre spese correlate non sono coperte.

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

Supporti sanitari prescritti da un medico: strumenti o apparecchi prescritti e necessari dal punto di vista medico per permettere di compiere attività quotidiane e per sostituire, facilitare o supplire a funzionalità danneggiate del corpo. Alcuni esempi:

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

Non copriamo i costi dei supporti medici necessari

nell'ambito di un trattamento palliativo o a lungo termine (vedere 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 che aiuta il paziente a sviluppare le abilità necessarie per la vita quotidiana e per le interazioni fisiche e sociali, cioè:

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

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

Terapia 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.

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

Test allergologico: si riferisce ad una visita presso un medico abilitato per testare e scoprire se i suoi sintomi sono correlati ad un'allergia. Se la prestazione "Test allergologico" appare nel suo Elenco delle prestazioni, troverà anche l'indicazione del massimale applicabile.

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

Tipologia di camera in ospedale: Tipologia di camera in ospedale: camera d'ospedale privata o condivisa come indicato nell'Elenco delle prestazioni. Non è coperta la sistemazione in camere di lusso o in suite. La prestazione "Tipologia di camera in ospedale" può essere utilizzata solo quando le spese di degenza ospedaliera per il trattamento in regime di ricovero richiesto non sono coperte da nessun'altra prestazione inclusa nel programma. Per esempio, se viene ricoverato per essere sottoposto a cure oncologiche, la degenza ospedaliera verrà coperta dalla prestazione "Oncologia" e non dalla prestazione "Tipologia di camera in ospedale". Esempi di prestazioni che includono il pernottamento in ospedale (se incluse nel suo programma) sono: "Cure psichiatriche e psicoterapia", "Trapianto di organi", "Oncologia", "Maternità", "Trattamento palliativo" e "Trattamento a lungo termine".

Titolare della polizza: si riferisce alla persona che lavora per l'azienda assicurata ed agli eventuali familiari a carico nominati nel Certificato di assicurazione.

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). Non copriamo le spese di acquisto degli organi.

Trattamento: procedura medica necessaria per curare una malattia o lesione.

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

Trattamento di riabilitazione: è un trattamento che può essere una combinazione di terapie diverse come la fisioterapia, la terapia occupazionale e la logopedia. Il trattamento è mirato a riportare il paziente al normale aspetto e/o funzionamento fisico dopo una malattia acuta, una lesione o un intervento chirurgico. Il trattamento deve essere ricevuto entro 14 giorni dalla dimissione dall'ospedale a seguito di un trattamento acuto o chirurgico, e deve essere amministrato in un centro abilitato.

Trattamento fuori ricovero: si riferisce alle cure prestate nell'ambulatorio di un medico generico, terapeuta o specialista, senza che si renda necessario il ricovero ospedaliero del paziente.

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

Trattamento in regime di ricovero: è un trattamento ricevuto in un ospedale o una clinica dove si renda necessario il pernottamento.

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

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. I trattamenti palliativi in resort della salute e presso centri termali non sono coperti.

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

Trattamenti contro la sterilità: cure prestate a persone di entrambi i sessi e comprendenti tutte le procedure di diagnosi a carattere invasivo necessarie per individuare la causa della sterilità, quali l'isterosalpingografia, la laparoscopia o l'isteroscopia. Questa prestazione copre anche trattamenti quali la fecondazione In Vitro (IVF), per i casi diagnostici di sterilità. La copertura è disponibile (fino al massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni) solo se la persona che si sottopone a queste procedure è la persona assicurata dalla polizza. Eventuali costi eccedenti il massimale non possono essere reclamati tramite la copertura del coniuge o compagno assicurato. Tutte le procedure non invasive intraprese per stabilire la causa della sterilità sono coperte da altre prestazioni incluse nel Programma fuori ricovero (se selezionato), finì ai massimali applicabili. Alcuni esempi di prestazioni incluse nel Programma fuori ricovero che coprono le analisi non invasive sono: "Test diagnostici", "Onorari di medici generici" e "Onorari di medici specialisti". I trattamenti

in regime di ricovero necessari per neonati frutto di parti gemellari a seguito di trattamenti di riproduzione assistita, o neonati frutto di maternità surrogata, o neonati adottati/in affidamento sono coperti fino a un massimo di 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).



Vaccinazioni: si riferisce a:

- le immunizzazioni basilari e i richiami necessari per legge nel Paese in cui vengono somministrati o immunizzazioni e richiami consigliati dalle autorità (ministro della sanità o ministro degli esteri) in Svizzera o nel Paese di destinazione del suo viaggio;
- i vaccini per il Covid-19*, se nel suo Paese di residenza non sono sovvenzionati o sono solo parzialmente sovvenzionati dallo Stato;
- le vaccinazioni di viaggio necessarie dal punto di vista medico;
- la profilassi antimalarica.

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

*Il vaccino del Covid-19 è coperto quando:

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

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

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

Visite di controllo della salute e test di prevenzione di malattie: visite di controllo, test e analisi effettuati a intervalli appropriati e in assenza di sintomatologie cliniche. Il suo Elenco delle prestazioni indica quali tipi di controllo sono inclusi nella sua copertura.

Esclusioni

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

ACQUISTO DI UN ORGANO

Le spese per l'acquisto di un organo, comprese, ad esempio, la ricerca del donatore e la tipizzazione, le spese di rimozione e conservazione dell'organo, nonché le spese amministrative e di trasporto.

CADUTA DEI CAPELLI E TRAPIANTI TRICOLOGICI

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

CAMBIO DI SESSO

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

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

CHIRURGIA PLASTICA

Qualsiasi trattamento effettuato da un chirurgo plastico, indipendentemente dalle ragioni mediche e/o psicologiche che possono renderlo 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 del paziente 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 SONNO

Le terapie per i disturbi del sonno, tra i quali si includono l'insonnia, l'apnea ostruttiva del sonno, la narcolessia, la roncopatia e il bruxismo.

ERRONEO O MANCATO RISPETTO DI UNA TERAPIA MEDICA

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

ERRORI MEDICI

Le cure necessarie in conseguenza di errori medici.

EVACUAZIONI DA IMBARCAZIONE IN MARE

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

FACCETTE ESTETICHE

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

INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA

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

LESIONI CAUSATE DA ATTIVITÀ SPORTIVE A LIVELLO PROFESSIONALE

I trattamenti o gli accertamenti diagnostici richiesti a seguito di lesioni procurate durante la

pratica di attività sportive a livello professionale.

LOGOTERAPIA

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

MATERNITÀ SURROGATA

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

ONORARIO PER LA COMPILAZIONE DI UN MODULO DI RICHIESTA DI RIMBORSO

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

PARTECIPAZIONE A GUERRE O ATTI CRIMINALI

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

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

PATOLOGIE CAUSATE INTENZIONALMENTE O LESIONI AUTO-PROVOCATE

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

PATOLOGIE PREESISTENTI

Per le polizze soggette a valutazione dello stato di salute, le patologie preesistenti (patologie croniche preesistenti incluse), non sono coperte se:

- sono indicate nel documento di Condizioni speciali che (quando applicabile) le abbiamo inviato prima dell'attivazione della sua polizza;
- non sono state da Lei dichiarate nel suo Modulo di richiesta di sottoscrizione.

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, tranne quando la prestazione "Farmaci da banco con prescrizione" è inclusa nell'Elenco delle prestazioni.

RITARDO DELLO SVILUPPO

Il ritardo dello sviluppo infantile, tranne quando un bambino non ha raggiunto lo stadio evolutivo consono alla sua età nell'area cognitiva o fisica. Non sono coperti i casi di minimo o temporaneo ritardo evolutivo del bambino. L'entità del ritardo dello sviluppo deve essere valutata da personale qualificato, risultando pari ad almeno 12 mesi nell'area cognitiva o fisica.

SOGGIORNI PRESSO CASE DI CURA

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

SPESE DI VIAGGIO

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

STERILIZZAZIONE, DISFUNZIONI SESSUALI E CONTRACCEZIONE

Test, trattamenti, cure e complicanze derivanti da:

- sterilizzazione;
- disfunzioni sessuali (salvo quando la patologia del caso sia il risultato di una prostatectomia radicale conseguente a chirurgia oncologica);
- contraccezione (inclusa l'applicazione o la rimozione di dispositivi di contraccezione e/o di qualsiasi tipo di contraccettivo in genere, anche se prescritto per ragioni mediche). L'unica eccezione è rappresentata dai contraccettivi prescritti da parte di un dermatologo per la cura dell'acne.

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

I test genetici, fatta eccezione per:

- a) i casi in cui i test genetici sono coperti dal programma selezionato;
- b) i test del DNA quando sono strettamente correlati all'amniocentesi, laddove questa sia coperta dal programma, ad esempio nel caso delle donne dai 35 anni in su;
- c) i test per i recettori ormonali per i tumori.

TOSSICODIPENDENZA O ALCOLISMO

Le cure e/o i trattamenti per alcolismo o tossicodipendenza (terapie per la disintossicazione e per smettere di fumare incluse), i casi di morte o le cure per qualsiasi patologia che, a nostro ragionevole parere, siano correlate a, o siano dirette conseguenze di, alcolismo e dipendenza da droghe (ad esempio: insufficienza organica o demenza). In caso di incidenti le cui cause sono o una seria negligenza o un'azione deliberata connesse con l'abuso di alcol e droghe, la copertura delle spese mediche relative potrebbe essere ridotta o persino negata.

TRATTAMENTI CONTRO LA STERILITÀ

Trattamento contro la sterilità (riproduzione assistita con eventuali relative complicanze comprese) o il trattamento di ogni problema da questa derivata, a meno che nel suo Elenco delle prestazioni compaia la prestazione specifica "Trattamento contro la sterilità" o Lei abbia un Programma fuori ricovero nella sua polizza. Se ha un Programma di cure fuori ricovero, copriremo solo procedure non invasive volte a investigare la causa dell'infertilità (entro i massimali del Programma di cure fuori ricovero).

TRATTAMENTI DI MEDICINA ALTERNATIVA

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

TRATTAMENTI NEGLI STATI UNITI NEI CASI SEGUENTI

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

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

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

TRATTAMENTI O TERAPIE FARMACOLOGICHE A CARATTERE SPERIMENTALE O NON TESTATI

Qualsiasi forma di trattamento o terapia farmacologica avente, a ragionevole opinione della compagnia assicurativa, carattere sperimentale o non dimostrato in base ai criteri medici ufficialmente riconosciuti.

TRATTAMENTI CONTRO L'OBESITÀ

I test ed i trattamenti contro l'obesità.

TRATTAMENTI NON INCLUSI NEL VOSTRO ELENCO DELLE PRESTAZIONI

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

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

TRATTAMENTI RICEVUTI AL DI FUORI DELL'AREA GEOGRAFICA DI COPERTURA

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

TRATTAMENTO OCULISTICO A MEZZO LASER

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

TRATTAMENTO ORTOMOLECOLARE

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

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

Il triplo test, il quadruplo test o il test per la diagnosi della Spina Bifida, eccezion fatta per le donne dai 35 anni in su.

VISITE MEDICHE DOMICILIARI

Le visite mediche domiciliari, ad eccezione dei casi in cui si rendano necessarie per un'improvvisa e acuta malattia che impedisca all'assicurato di recarsi personalmente dal proprio medico.

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

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

VITAMINE O MINERALI

I prodotti classificati come:





- vitamine o minerali (eccetto durante la gravidanza o in caso di insufficienza vitaminica clinicamente diagnosticata);
- integratori e prodotti quali, ad esempio, alimenti per lattanti e cosmetici.

Questi prodotti sono esclusi anche se sono stati raccomandati e/o prescritti da un medico o aventi effetti terapeutici riconosciuti. I costi per vitamine o minerali procedenti da visite del dietologo o nutrizionista sono coperte solo se la prestazione specifica appare nel suo Elenco delle prestazioni.






Ci contatti pure, siamo qui per assisterla!

Per le domande sulla copertura supplementare, evacuazioni mediche e rimpatri sanitari, ecco i recapiti:

KPT (per informazioni e assistenza in merito ai trattamenti ricevuti in Svizzera):

-  Telefono: + 41 (0)58 310 98 25
-  E-mail: awc.member@kpt.ch
-  Fax: + 41 (0)58 310 88 25
-  Indirizzo: KPT, Team International Allianz, Postfach, CH-3001 Berna, Svizzera

Allianz Care (per informazioni e assistenza in merito ai trattamenti ricevuti all'estero):

-  Helpline (disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7): + 353 1 630 1305
-  E-mail: client.services@allianzworldwidecare.com
-  Fax: + 353 1 630 1306
-  Indirizzo: Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda
-  https://www.allianz-partners.com/en_CH/business-areas/care/corporate-groups.html

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

Il presente documento è una traduzione in italiano del documento in lingua tedesca ed è fornito a scopi esclusivamente informativi. Se eventuali discrepanze dovessero emergere tra la versione in italiano e la versione in tedesco, quest'ultima sarà l'unica a dover essere considerata legalmente vincolante.

La compagnia assicurativa che sottoscrive la sua assicurazione LCA è AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Parigi), succursale di Wallisellen (Svizzera), una società per azioni soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances"). Compagnia registrata in Francia con il numero: 519 490 080 RCS Parigi. La succursale svizzera è registrata a Zurigo con il numero: CHE-115.393.016, all'indirizzo: Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen.

I servizi di polizza sono gestiti in Svizzera da KPT. KPT Krankenkasse AG, Wankdorffallee 3, CH-3000 Berna 22, registrata presso l'UFSP con il numero: 376.

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