

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**

Validità dal 1° gennaio 2026

Benvenuto

Lei e la sua famiglia potete contare sulle migliori prestazioni sanitarie disponibili grazie alla nostra assicurazione sanitaria internazionale.

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.

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), la succursale svizzera di AWP P&C S.A., Saint-Ouen, Francia, una società a responsabilità limitata 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.

AWP Health & Life SA, che opera sul mercato attraverso la sua succursale irlandese, è una società a responsabilità limitata soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances"), compagnia registrata in Francia, n.: 401 154 679 RCS Bobigny. La succursale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda, n.: 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.

Indice

Come utilizzare la sua copertura	4
Servizi di assistenza.....	4
Come funziona la copertura.....	13
Ha bisogno di cure mediche?	18
Termini e condizioni della copertura	27
Termini e condizioni.....	27
Amministrazione della sua polizza	28
Pagamento del premio	36
Altre condizioni che si applicano alla sua copertura	38
Informativa sulla protezione dei dati personali.....	42
Procedura per i reclami e la risoluzione di disaccordi	43
Definizioni.....	44
Esclusioni.....	67
Ci contatti pure – siamo qui per aiutarla!.....	75

Come utilizzare la sua copertura

Servizi di assistenza

Crediamo nell'importanza di fornirle un servizio di qualità superiore. In questo capitolo, descriviamo la gamma completa dei servizi offerti. Scopri cosa è a sua disposizione.

Ci contatti pure, siamo qui per assisterla!

Per qualsiasi domanda sulla sua copertura sanitaria supplementare, i trattamenti al di fuori della Svizzera, l'evacuazione medica e il rimpatrio sanitario, ci contatti:

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

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

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

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

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

Sapeva che...

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

Il sostegno necessario nel momento del bisogno

Alcune circostanze della vita possono essere stressanti, specialmente se manca il supporto adeguato. Per assisterla nel percorso assicurativo, il nostro team dedicato è a sua disposizione. Può condividere con noi qualsiasi ulteriore necessità di supporto: faremo il possibile per soddisfare le sue richieste e assicurarci che possa accedere facilmente ai nostri prodotti e servizi.

Se desidera segnalare una possibile necessità, richiedere particolari modifiche alle comunicazioni con noi o nominare qualcuno con cui interagire per suo conto, può contattare il nostro team all'indirizzo:
enhancedsupport@e.allianz.com.

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, disponibili 24 ore su 24, 7 giorni su 7.



Valutazione dei sintomi

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



Motore di ricerca di medici e ospedali

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



Strumento di ricerca farmaci

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



Traduttore di termini medici

Traduce i nomi delle malattie in 17 lingue diverse.



Contatti di emergenza

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

Altre funzionalità

- Aggiornare i suoi dati online: e-mail, numero di telefono, password, indirizzo, 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 my.allianzcare.com/myhealth, clicchi su "SI REGISTRI ORA" nella parte inferiore della pagina e segua le istruzioni sullo schermo. Si assicuri di avere a portata di mano 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 per 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 le stesse credenziali di accesso e, se mai vorrà cambiarle, le basterà farlo su una versione di MyHealth e automaticamente si aggiorneranno 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 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 ai nostri contenuti sulla salute e sul benessere;
- visitare il nostro portale "My expat life" – 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 al suo caso? Nessun problema: la sua copertura include il Servizio di secondo parere medico.

Questo 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; successivamente, la aiuterà a trovare l'ospedale il medico o lo specialista più appropriati per il suo tipo di patologia e a fornirle un secondo parere medico adeguato.

Per accedere al servizio, le basta contattarci:

+353 1 630 1305

medical.smo@e.allianz.com

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

Servizi per gli assicurati inclusi nella copertura

La copertura non copre solamente le sue spese mediche, ma include anche una serie di servizi gratuiti per gli assicurati. Controlli l'Elenco delle prestazioni per verificare quali servizi siano inclusi nella sua copertura.



Olive – Il nostro programma per la salute e il benessere**

Ideato per motivarla e guidarla verso uno stile di vita più salutare, Olive le dà accesso:

- al **Portale per la salute e il benessere**, dove trova valutazioni sanitarie online, webinar di specialisti nel campo del benessere, articoli su vari argomenti quali il sonno, l'alimentazione, ecc.;
- alla nostra **applicazione per il fitness** che, connettendosi a smartphone, dispositivi indossabili e altre applicazioni, le permette di monitorare il numero di passi, le calorie bruciate, le ore di sonno e molto altro. È anche possibile partecipare a gare con altri utenti e/o decidere di impostare obiettivi e creare programmi per migliorare la propria salute;



TeleHealth Hub – Servizi di visita medica per video-conferenza**

Se inclusi nella sua copertura, i servizi di visita medica per video-conferenza le danno accesso diretto a visite mediche online. Per aiutarla nella ricerca di un servizio di visita medica per video-conferenza disponibile nella sua area, abbiamo creato TeleHealth Hub. Questo portale consente di risparmiare tempo e accedere alla nostra rete di medici per vedere o parlare con un professionista comodamente da casa o dal posto di lavoro. Il servizio è sicuro, confidenziale e fornisce il parere di un medico, indicazioni sul trattamento da seguire e prescrizione di farmaci per problemi di salute non di emergenza. La possibilità di ottenere la prescrizione di farmaci dipende dal tipo di programma che ha sottoscritto e dalle leggi locali del Paese da cui accede al servizio.



EAP – Programma di assistenza per i dipendenti**

Quando nella vita o sul lavoro si presentano delle situazioni complesse, il nostro Programma di assistenza per i dipendenti

fornisce assistenza immediata e confidenziale per Lei e per i suoi familiari assicurati. Questo servizio include:

- **counselling** professionale e confidenziale (per telefono, video o di persona) su argomenti quali stress, equilibrio tra l'attività professionale e la vita privata, genitorialità, ansia, shock culturale, problemi di dipendenza, ecc.;
- **servizi di supporto legale e finanziario**, ad esempio per fornire assistenza nell'acquisto di una casa, gestire una controversia legale o creare un piano finanziario.

Questo servizio non è adatto ai minori e non prevede sessioni di terapia di gruppo, come la terapia familiare.



Servizi per la sicurezza durante i viaggi**

Offrono accesso 24 ore al giorno, 7 giorni su 7, a informazioni sulla sicurezza personale in riferimento alla meta o al tragitto di un viaggio, utili in un mondo in cui le minacce alla sicurezza sono in continuo aumento. Questi servizi includono:

- **una linea telefonica di assistenza in caso di emergenza (Emergency Assistance Hotline)**, per parlare con uno specialista in materia di sicurezza internazionale se ha delle preoccupazioni sulla sua destinazione di viaggio;
- **informazioni sul Paese e consigli sulla sicurezza in loco**, per informazioni sulla sicurezza e consigli su molti Paesi;
- **aggiornamenti quotidiani sulla sicurezza** tramite e-mail, relativamente ad avvenimenti ad alto rischio che si verificano nelle vicinanze o nella zona in cui ci si trova (incluse minacce terroristiche o condizioni meteorologiche avverse).

Per maggiori informazioni o per accedere ai servizi per gli assicurati, visiti la pagina:

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

** Alcuni dei servizi che potrebbero essere inclusi nel suo programma sono offerti da terze parti. 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 sua polizza quanto il servizio offerto da terzi. L'accettazione dei termini e condizioni previsti dalla parte terza stabilisce un

rapporto contrattuale separato direttamente con tale parte. I servizi offerti da terzi e inclusi nella sua polizza potrebbero essere soggetti a restrizioni geografiche. Per i dettagli completi dei termini e condizioni delle parti terze, consultare la pagina web, applicazione e/o piattaforma pertinente in cui i servizi offerti sono disponibili. Per i servizi offerti da terzi, il trattamento dei dati è gestito in maniera indipendente dalla parte terza: consulti l'informativa della privacy della parte terza per verificare come vengano trattati i suoi dati. I servizi offerti da terzi sono di natura non assicurativa e non devono essere intesi quale sostituzione di consulenze mediche, diagnosi, trattamenti, valutazioni o cure. Lei comprende e accetta che la compagnia assicurativa, la sua compagnia riassicurativa e i suoi amministratori non sono responsabili per eventuali reclami, perdite o danni derivanti direttamente o indirettamente dall'utilizzo dei servizi offerti da terzi.

Come funziona la copertura

Per cosa sono coperto?

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

- definizioni ed esclusioni della polizza (le trova alla fine di questo documento);
- per le polizze con valutazione completa dello stato di salute: 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, i costi dei trattamenti per i quali desidera ricevere un rimborso 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.

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

Dove posso ricevere le mie cure mediche?

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

Noti però che se il trattamento di cui ha bisogno e per il quale è coperto è disponibile nel Paese in cui risiede, ma decide di farsi curare comunque in un altro Paese compreso nella sua area di copertura, le 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 pre-autorizzazione 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 l'importo massimo che pagheremo in totale per tutte le prestazioni incluse nel 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"

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, maternità surrogata, 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:

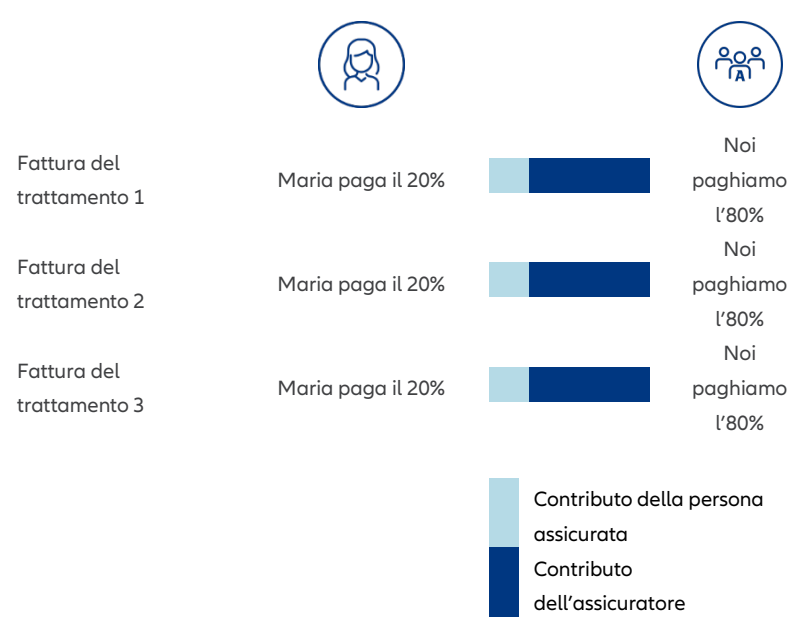
- è frutto di una maternità surrogata;
- è adottato;
- è in affidamento;
- è frutto di un parto gemellare a seguito di un programma di cure per la procreazione medicalmente assistita.

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?

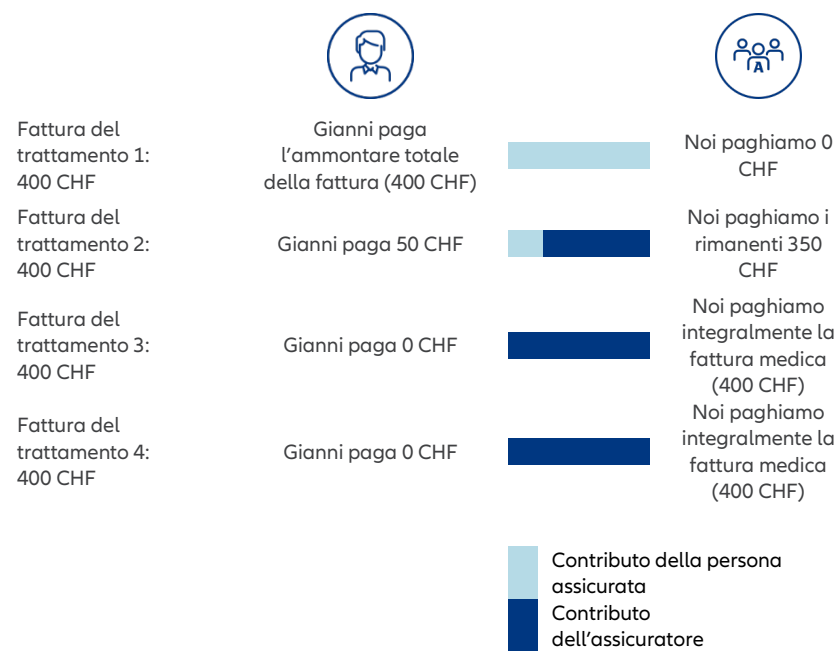
Uno scoperto è quando la compagnia assicurativa le paga solo una percentuale delle spese mediche coperte e il resto è a suo carico. L’Elenco delle prestazioni indica se alcune delle sue prestazioni hanno uno scoperto.

Nel seguente esempio, Maria ha bisogno di diversi trattamenti odontoiatrici nel corso dell’anno. La sua prestazione per i trattamenti odontoiatrici ha uno scoperto del 20%, il che significa che rimborseremo l’80% del costo di ogni trattamento coperto. L’importo totale da noi dovuto potrebbe essere soggetto ad un massimale del programma.



Cosa sono le franchigie?

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



Ha bisogno di cure mediche?

Sappiamo che stare male è già stressante di per sé. Segua 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-autorizzazione

L'Elenco delle prestazioni indica quali prestazioni richiedono la nostra pre-autorizzazione (tramite l'invio di un modulo di Richiesta di pre-autorizzazione). In genere si tratta di trattamenti in regime di ricovero e dal costo elevato. Il processo di pre-autorizzazione ci consente di valutare il suo caso, organizzare tutto con il medico/l'ospedale prima del suo arrivo e facilitare il pagamento diretto del suo conto, ove possibile.

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

- se il trattamento/servizio ricevuto dovesse in seguito risultare non idoneo, ci riserviamo il diritto di respingerne la relativa richiesta di rimborso;
- se il trattamento/servizio ricevuto dovesse in seguito risultare idoneo, 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 LAMal

Per le cure mediche di routine durante la sua permanenza in Svizzera, utilizzi per prima cosa la sua tessera assicurativa LAMal. Si tratta della

copertura sanitaria di base, obbligatoria per legge in Svizzera, fornita dalla compagnia assicurativa locale.

Il suo medico o la struttura sanitaria sapranno dirle se e quando sarà possibile usufruire della sua copertura LCA nel territorio svizzero. Per sapere se è necessaria una copertura sanitaria supplementare, consulti il suo medico e la sua compagnia assicurativa locale.

Ricevere trattamenti fuori dalla Svizzera con Allianz

La sua Tessera di assicurato Allianz le dà accesso a trattamenti e a un network internazionale di medici e ospedali quando si trova al di fuori della Svizzera. Per verificare che il trattamento di cui ha bisogno sia coperto, consulti l'Elenco delle prestazioni; altrimenti, se non ne fosse sicuro, ci chiami.

Ricevere trattamenti in regime di ricovero fuori dalla Svizzera (soggetti a pre-autorizzazione)

I trattamenti in regime di ricovero fuori dalla Svizzera richiedono la pre-autorizzazione, che si può ottenere inoltrando un modulo di Richiesta di pre-autorizzazione. Questo procedimento ci consente di metterci in contatto con il medico/ospedale per organizzare il pagamento diretto del conto ospedaliero, ove possibile.



Scarichi il modulo di Richiesta di pre-autorizzazione dal nostro sito web:

www.allianzcare.com/it/risorse/risorse-per-gli-assicurati/procedura-e-moduli-per-la-pre-autorizzazione.html



Completi e inoltri il modulo compilato almeno **cinque giorni lavorativi prima dell'inizio del suo trattamento** all'indirizzo:

medical.services@e.allianz.com.



Ci metteremo in contatto con il medico/ospedale per organizzare il pagamento diretto del suo conto ospedaliero, ove possibile.

In casi d'emergenza:

Si sottoponga alle cure d'emergenza di cui ha immediato bisogno e ci chiami se ha bisogno di assistenza.

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

La Richiesta di pre-autorizzazione 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 non viene richiesta la pre-autorizzazione.

Chiedere il rimborso per trattamenti fuori ricovero, cure odontoiatriche e di altro tipo

Se il trattamento non prevede il pagamento diretto delle spese mediche e non richiede la pre-autorizzazione, paghi l'importo dovuto e ce ne richiedi il rimborso. Per farlo:



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



Richiedi una fattura al tuo medico o all'ospedale per il trattamento ricevuto. La fattura deve indicare il suo nome, le date del trattamento, la patologia o la diagnosi, la data in cui si sono manifestati i sintomi, il tipo di trattamento e una descrizione dettagliata dei costi sostenuti.



Richiedi il rimborso delle spese coperte sull'applicazione o sul portale MyHealth (www.allianzcare.com/it/accesso.html).

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

Evadiamo le sue richieste velocemente

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

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

Evacuazioni mediche e rimpatri

Alla prima indicazione 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, le consigliamo di telefonare – ma se vuole può anche inviarci un'e-mail. Se preferisce inviare un'e-mail, per favore includa "Urgente – Evacuazione/Rimpatrio" nel campo dell'oggetto.

Deve contattarci prima di rivolgersi ad altri operatori di servizi di trasporto sanitario, anche se la contattano direttamente, per evitare fatture potenzialmente gonfiate e ritardi non necessari nel processo di evacuazione/rimpatrio. Se il processo di evacuazione/rimpatrio non è organizzato da noi, ci riserviamo il diritto di declinare il rimborso delle spese.

+353 1 630 1305

medical.services@e.allianz.com

Se ha bisogno di cure mediche negli Stati Uniti

Se ha bisogno di cure mediche negli Stati Uniti, prima di pianificare qualsiasi trattamento le consigliamo di mettersi in contatto con noi,

così da permetterci di contattare e informare il nostro partner locale. Sulla base delle sue necessità mediche, riceverà assistenza per accedere a una vasta rete di strutture mediche statunitensi e ai loro servizi e trattamenti di qualità – la maggior parte offerti tramite il pagamento diretto delle spese mediche – evitando l'accredito di costi inutili o inaspettatamente elevati.

Nel caso di un'emergenza, se non fosse possibile mettersi in contatto con noi in anticipo, basterà mostrare la sua Tessera di assicurato: il suo medico contatterà, quindi, il nostro partner locale per avviare le procedure necessarie a far cominciare il suo trattamento.

La sua fattura medica verrà pagata da noi direttamente al suo medico o ospedale e se ci dovessero essere delle parti del costo fatturato che rimangono a suo carico (per esempio franchigie o scoperti), il suo medico o ospedale glielo faranno sapere.

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

Per le ricette del medico

A seconda del suo tipo di copertura, potrebbe avere accesso alle farmacie della catena statunitense Caremark. Può ottenere farmaci e prodotti farmaceutici dalle farmacie Caremark senza pagare, dal momento che il costo è pagato direttamente da noi alla sua farmacia: per usufruire di questa opportunità, deve solo mostrare la sua Tessera di assicurato.

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

Ulteriori informazioni in merito al rimborso delle spese mediche

Richieste di rimborso delle spese mediche

Cose da sapere prima di inviarci una richiesta di rimborso:

- **Diritto immediato 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).
- **Procedura per il rimborso di spese mediche con la copertura LAMal (copertura obbligatoria):** le richieste di rimborso relative alla sua copertura LAMal dovranno essere inviate alla sua compagnia assicurativa in Svizzera, che si occuperà della loro evasione. Per maggiori informazioni, consulti la documentazione fornita dalla compagnia assicurativa locale.

- **Procedura per il rimborso di spese mediche con la copertura LCA (copertura supplementare):**
 - Per le richieste di rimborso relative a trattamenti in Svizzera, dovrà prima inoltrare le richieste alla sua compagnia assicurativa LAMal locale, che provvederà a inviarle un estratto conto. Una volta ricevuto l'estratto conto, dovrà inviarcelo affinché sia possibile evadere la sua richiesta.
 - Utilizzi la nostra applicazione o il portale online MyHealth per inviarci direttamente le richieste di rimborso relative a trattamenti al di fuori della Svizzera. Per maggiori informazioni, consulti "Ricevere trattamenti fuori dalla Svizzera".
 - La persona assicurata deve inoltrare le eventuali richieste di rimborso entro cinque anni dalla data del trattamento. Dopo tale scadenza, non saremo più tenuti a pagare 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).

- **Scadenza per l'inoltro delle richieste di rimborso:** deve inviarci tutte le richieste di rimborso tramite MyHealth (applicazione o portale) entro e non oltre due anni dalla data del trattamento. Se la sua copertura viene cancellata nel corso dell'Anno assicurativo, deve inviare le richieste di rimborso entro e non oltre sei mesi dalla data in cui termina la copertura. Dopo tale scadenza, non siamo più tenuti a pagare 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:** è necessario compilare e inoltrare una richiesta di rimborso separata per ciascuna persona e per ciascuna patologia per le quali si vuole richiedere un rimborso.

- **Pagamento diretto delle spese mediche:** se, dopo aver effettuato il pagamento diretto delle sue spese mediche, dovesse risultare che la richiesta non fosse valida, ci riserviamo il diritto di chiederle la restituzione dell'intera somma.

- **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 sua carta) 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:** quando l'importo totale di tutte le fatture per cui vuole chiedere il rimborso è inferiore alla 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.
- Ogni richiesta di rimborso deve essere inoltrata insieme alla relativa documentazione di supporto (ricevute e/o fatture).
- **Valuta e spese:** nella richiesta di rimborso è necessario specificare la valuta in cui si desidera ricevere il rimborso. A causa dei regolamenti bancari internazionali, in alcuni casi potremmo non essere in grado di effettuare il pagamento nella valuta scelta: se ciò si verifica, identificheremo una valuta alternativa appropriata. Nel caso in cui fosse necessario eseguire una conversione tra due valute, verrà utilizzato il tasso di cambio in vigore alla data in cui è stata emessa la fattura. Qualsiasi spesa connessa al pagamento sarà a carico nostro, tranne nel caso in cui la sua banca, secondo i propri termini e condizioni, applichi una commissione al versamento di somme su un conto corrente.
- **Rimborso:** rimborsiamo solamente le spese coperte entro i massimali previsti dalla sua polizza, dopo aver preso in considerazione eventuali

richieste di pre-autorizzazione ed eventuali franchigie e scoperti che potrebbero essere inclusi nel suo programma e perciò indicati nell'Elenco delle prestazioni.

- **Spese ragionevoli e consuetudinarie:** sono rimborsate solamente le spese mediche ritenute "ragionevoli e consuetudinarie", ovvero conformi ai costi standard generalmente richiesti per una determinata procedura medica. Ci riserviamo il diritto di ridurre il rimborso, se consideriamo inappropriato l'ammontare richiesto.
- **Caparre:** se il medico richiede il pagamento di 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 fornire 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 sulle prestazioni standard e sulle clausole della polizza di copertura sanitaria di gruppo. 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 pre-autorizzazione, 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 dell'assicurato principale: se viene richiesto di cambiare l'assicurato principale, il nuovo assicurato principale 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

- Come da contratto assicurativo, siamo responsabili di rimborsare quella parte di spese mediche che la sua assicurazione (privata, 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.
- 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 nel corso di tale Anno assicurativo). Al termine del periodo di vigenza della polizza, la sua azienda può rinnovare il contratto sulla base dei termini e condizioni dei prodotti assicurativi aziendali vigenti in quel momento. La sua copertura sarà soggetta a tali termini e condizioni.

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

Inclusione di familiari a carico

Si sposa o sta per avere un bambino? Congratulazioni!

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

- polizza con valutazione completa dello stato di salute, oppure;
- polizza senza valutazione dello stato di salute.

Per sapere qual è la sua polizza, faccia riferimento al suo Certificato di assicurazione. Può trovare la definizione dei tipi di polizza sopra elencati nella sezione "Definizioni" di questa guida.

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

Polizze con valutazione completa dello stato di salute

Come aggiungere un neonato alla polizza?

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

Cosa succede se non si comunica la nascita del neonato entro quattro settimane?

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

Cosa succede se si vuole aggiungere neonati frutto di parto gemellare o di maternità surrogata, bambini adottati e bambini in affidamento?

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 procreazione medicalmente assistita.

Il massimale è 39.000 CHF a neonato e si applica prima di ogni altro massimale o prestazione del suo programma. I trattamenti fuori ricovero, invece, sono coperti dal Programma fuori ricovero (se selezionato).

Polizze di gruppo non soggette a valutazione dello stato di salute

Come aggiungere un neonato alla 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 quattro 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.

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

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

Cambiare Paese di residenza

È importante che notifichi la nostra Helpline se cambia Paese di residenza. Il cambio potrebbe avere un impatto sul premio o sulla sua copertura, anche se si trasferisce in un Paese incluso nella sua Area geografica di copertura. In alcuni Paesi la copertura è soggetta a delle restrizioni legali locali in merito alla copertura assicurativa sanitaria, che si applicano soprattutto a coloro che sono permanentemente residenti in quel determinato Paese. È sua responsabilità accertarsi che la sua copertura sanitaria sia idonea a fini di legge. Se dovesse avere dei dubbi in merito, le consigliamo di consultare un consulente legale, dal momento che potremmo trovarci nell'impossibilità di continuare ad offrirle copertura assicurativa. La copertura assicurativa da noi fornita non è sostitutiva dell'assicurazione sanitaria locale obbligatoria. Per esempio, per gli assicurati residenti in Svizzera, la nostra copertura non è legalmente appropriata come sostituto dell'assicurazione sanitaria obbligatoria svizzera (LAMal).

Come comunico il mio trasferimento in un altro Paese?

Se ha sottoscritto una polizza soggetta a valutazione dello stato di salute, contatti 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

Tutta la nostra corrispondenza le verrà recapitata all'indirizzo che ci ha fornito, a meno che non ci richieda diversamente. Qualsiasi variazione di indirizzo (casa, ufficio o e-mail) dovrà esserci comunicata per iscritto il prima possibile.

Corrispondenza

Se vuole scriverci, lo può fare per 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 contattarci tramite posta, può scriverci al seguente indirizzo: AWP P&C S.A., succursale di Wallisellen (Svizzera), 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 Lei 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/debito oppure se i dati del suo conto corrente 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 la copertura, come da articolo 42 del codice assicurativo svizzero: ciò non influisce 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;
- la sua azienda non paga il premio assicurativo o qualsiasi altro saldo dovuto secondo i termini del Contratto aziendale;
- smette di lavorare per la sua azienda;
- viene a mancare il dipendente assicurato.

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 obbligatoria svizzera per la salute e gli infortuni, 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 obbligatoria svizzera nel caso in cui Lei non è coperto o smette di essere coperto da tale assicurazione obbligatoria.

Scadenza della polizza

Il diritto al rimborso delle sue spese mediche viene meno alla scadenza della polizza assicurativa. Rimborseremo qualsiasi ammissibile spesa medica 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 all'indirizzo indicato di seguito 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 dello stato di salute se il livello di copertura da Lei scelto è simile a quello goduto attraverso la polizza aziendale. 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.

individual.sales@allianzworldwidecare.com

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 indicato. 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 chiesto di pagare Lei le tasse assicurative sul premio. Per maggiori informazioni, contatti la sua azienda.

Di seguito sono elencate 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.

Sospensione a causa di sanzioni

Prestazioni, copertura e pagamenti a seguito di richieste di rimborso sono sospesi se qualsiasi elemento della copertura, prestazione, servizio, attività o attività correlata ci espone a:

- qualsiasi sanzione, divieto o restrizione applicabile ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite;
- sanzioni, leggi o regolamenti commerciali o economici della Svizzera, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

La sospensione continuerà fino alla cessazione di tali sanzioni, divieti o restrizioni.

Procedimenti legali

I procedimenti legali relativi a questa polizza andranno in prescrizione dopo cinque anni dalla data in cui avviene il fatto scatenante. Per le polizze stipulate fino al 31 dicembre 2021 (compreso), il termine di prescrizione di cinque anni vale solo per i procedimenti legali 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 complessivo rimborsato per una richiesta di

rimborso dalla copertura di questa polizza, dal programma sanitario nazionale e/o da altre assicurazioni potrà superare l'importo totale della fattura.

Chi può apportare dei cambi alla sua polizza

Ad eccezione di un rappresentante designato o dell'Amministratore della polizza di gruppo, nessuno 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. Potremmo iniziare azioni legali a suo nome, a nostre spese, per ottenere il rimborso. Questo procedimento si chiama surrogazione.

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

Circostanze al di fuori del nostro controllo (forza maggiore)

Faremo sempre del nostro meglio per assisterla. Tuttavia, non siamo responsabili per ritardi o mancanze nell'esecuzione dei nostri obblighi nei

suoi confronti nel caso di eventi di forza maggiore al di fuori del nostro controllo. Questi includono, ad esempio, condizioni meteorologiche avverse, 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 dello stato di salute, 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, 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 dello stato di salute, la preghiamo di chiamarci e lo chiariremo per Lei.
- b) Non rimborseremo alcuna spesa medica relativa a una richiesta di rimborso se:
- la richiesta di rimborso è falsa, fraudolenta o intenzionalmente esagerata;
 - Lei e/o i suoi familiari a carico (o terzi che agiscono a vostro nome) adottate mezzi illeciti o fraudolenti al fine di ottenere una prestazione ai sensi di questa polizza.

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

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 assicurato principale, 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 Lei i dati non sensibili relativi a un familiare a carico.

Informativa sulla protezione dei dati personali

- a. L'utilizzo dei dati personali è essenziale per condurre le operazioni assicurative. I suoi dati personali sono trattati in conformità con la Legge federale svizzera sulla Protezione dei Dati (LPD). 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, ad esempio il calcolo di preventivi, la valutazione dello stato di salute, la riscossione del premio, il pagamento dei rimborsi delle spese mediche, ecc. La maggior parte dei dati necessari per svolgere tali attività è raccolta quando compila il suo modulo di richiesta di sottoscrizione. Utilizziamo i dati personali anche allo scopo di migliorare i prodotti, così come per finalità interne 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 potrebbero far parte del Gruppo Allianz o essere aziende partner. 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 indicato nella Legge sulla Protezione dei Dati (LPD), 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 e la risoluzione di disaccordi

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:

Numero
di telefono: **+353 1 630 1305**

E-mail: customer.resolution@e.allianz.com

Indirizzo: **Customer Resolution Team (Ufficio reclami), Allianz, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda.**

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

www.allianzcare.com/it/complaints.html

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

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 definizioni che seguono si applicano alle prestazioni dei nostri programmi di copertura sanitaria e ad alcuni altri termini frequentemente utilizzati. Per verificare quali prestazioni sono coperte dal suo programma, consulti l'Elenco delle prestazioni. Se nel suo programma è inclusa una prestazione speciale non elencata di seguito, 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.

Acuto

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

Amministratore della polizza di gruppo

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

Anno assicurativo

Decorre dalla data effettiva di inizio della sua polizza (la trova indicata nel Certificato di assicurazione) e termina sempre il 31 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.

Assicuratore

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

Assistenza infermieristica domiciliare o in convalscenziario

Assistenza infermieristica prestata al momento della dimissione da un trattamento in ricovero ospedaliero o in day-hospital, o in alternativa a questo. L'assistenza infermieristica domiciliare o in convalscenziario è coperta solo se appare elencata nell'Elenco delle prestazioni e se il medico curante del paziente dichiara il soggiorno in convalscenziario o l'assistenza di un

infermiere presso il domicilio medicalmente necessari. Questa prestazione deve inoltre essere approvata dal nostro Direttore medico. Non sono coperte le spese per soggiorni in centri termali e centri di cura e benessere, e non sono coperti i trattamenti palliativi e i trattamenti a lungo termine.

Azienda

Il suo datore di lavoro, come specificato sul Contratto aziendale.

Certificato di assicurazione

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

Chirurgia ambulatoriale

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

Chirurgia dentale

Interventi chirurgici odontoiatrici e dentali, come l'estrazione chirurgica di denti (inclusi denti inclusi), l'apicectomia e la rimozione chirurgica di cisti. Sono coperti anche i trattamenti a supporto della chirurgia dentale, inclusi i farmaci prescritti per uso odontoiatrico e le procedure diagnostiche come esami di laboratorio, radiografie, TAC e risonanza magnetica comprovanti la necessità di un intervento chirurgico. Eventuali trattamenti chirurgici relativi ad impianti dentali non sono coperti.

Il trattamento chirurgico per disturbi dell'articolazione temporo-mandibolare, fratture ossee facciali, deformità congenite della mandibola, malattie delle ghiandole salivari e tumori è coperto entro i pertinenti massimali di prestazione del Programma principale. Se il suo Programma di cure dentali comprende la prestazione "Trattamenti ortodontici", allora è coperta anche la chirurgia ortognatica per la correzione della malocclusione dentale (entro gli stessi massimali).

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 effettuati hanno dimostrato una sindrome del cancro ereditario.

Compagnia assicurativa

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

Complicanze del parto

Parto cesareo necessario dal punto di vista medico, emorragia post-parto e mancata espulsione della membrana placentare. Sono inclusi i costi di ricovero, gli onorari degli specialisti e l'onorario dell'ostetrica. Per il parto cesareo non necessario da un punto di vista medico, fare riferimento alla definizione di "Maternità".

Complicanze della gravidanza

Trattamenti necessari da un punto di vista medico per diabete gestazionale, preeclampsia, parto di feto morto e mola idatiforme; si riferiscono allo stato di salute della madre nel periodo antecedente il parto. La gravidanza extrauterina, l'aborto spontaneo e le minacce d'aborto sono coperte dalle prestazioni non specificatamente relative alla maternità. Altri costi per spese che si verifichino prima del parto sono coperti dalla prestazione "Maternità".

Coniuge/Partner

Persona con cui si è legalmente sposati/uniti civilmente o con cui si convive in una relazione di fatto da almeno 12 mesi ininterrottamente.

Contratto aziendale

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

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

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

Sono coperti il pernottamento in ospedale del neonato e i seguenti esami, procedure diagnostiche e trattamenti che si rendono necessari dopo la nascita:

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

Dalla copertura sono escluse ulteriori procedure diagnostiche o preventive, quali tamponi faringei o test ematici. Tuttavia, se per ragioni mediche il suo bambino ha bisogno di un

trattamento o test ulteriore alle cure di base, questi saranno coperti dalla polizza specifica del bambino (se è stato aggiunto alla polizza come familiare a carico). I trattamenti in regime di ricovero necessari per neonati frutto di parti gemellari a seguito di trattamenti di riproduzione assistita, o neonati frutto di maternità surrogata, o neonati adottati/in affidamento sono coperti fino a un massimo di 39.000 CHF per neonato, per i primi tre mesi di vita: questo limite massimo si applica prima di qualsiasi altro massimale o prestazione del programma. I trattamenti fuori ricovero, invece, sono coperti dal Programma fuori ricovero (se selezionato).

Cure 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. Si è coperti 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 presenti 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 relative 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 dentali

Cure dentali di routine preventive e riparative come, ad esempio, controlli di routine, detartrasi e lucidatura di routine, otturazioni semplici per carie, devitalizzazione, estrazioni semplici e farmaci odontoiatrici prescritti.

Sono coperti, entro i massimali di prestazioni del Programma principale e del Programma fuori ricovero (se sottoscritto), il trattamento per disturbi dell'articolazione temporo-mandibolare (esclusi bite dentali/splint occlusali e trattamenti ortodontici), fratture ossee facciali, deformità congenite della mandibola, malattie delle ghiandole salivari e tumori.

Cure dentali d'emergenza in regime di ricovero

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

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

Cure parodontali

Trattamenti dentali correlati ai disturbi gengivali.

Cure per i disturbi dell'alimentazione

Combinazione di metodi, tecniche e protocolli di psicoterapia, che includono la terapia cognitivo-comportamentale, il monitoraggio medico, la prescrizione di farmaci e il counseling sulla nutrizione per il trattamento dell'anoressia nervosa, bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata.

Copriamo queste cure quando sono prestate in regime di ricovero o day-hospital e solo se includono la prescrizione di farmaci per il trattamento del disturbo. A seconda del suo programma, Lei potrebbe avere anche copertura per ricevere le stesse cure fuori ricovero, ma in questo caso è necessario avere l'impegnativa del medico per accedere alla copertura; inoltre, la copertura è inizialmente limitata a 10 sedute per disturbo. Dopo ogni 10 sedute, uno psichiatra deve valutare il progresso del trattamento e, se sedute aggiuntive sono necessarie a quel punto, l'assicurato deve inviarci un certificato medico che indica la diagnosi e la necessità di ulteriori sedute.

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). Per eventuali massimali di prestazione, consultare l'Elenco delle prestazioni.

Cure per l'autismo

Gamma di terapie mirate a migliorare le capacità di una persona autistica – ciò include trattamenti medici specialistici e programmi comportamentali accreditati. Le cure per l'autismo

sono coperte come parte della prestazione "Cure psichiatriche e psicoterapia", che è inclusa nel Programma fuori ricovero (se ne ha uno). Se inclusa nel programma, la prestazione "Ritardo dello sviluppo" copre anche le spese per la logopedia e la terapia occupazionale prescritte per il trattamento dell'autismo. Per eventuali massimali di prestazione, consultare l'Elenco delle prestazioni. Le spese di supporto educativo quotidiano, 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 appare nel suo Elenco delle prestazioni, troverà anche l'indicazione del massimale applicabile.

Cure post-natali

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

Cure pre-natali

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

Cure psichiatriche e psicoterapia

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

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. Il Programma di assistenza per gli espatriati non prevede sessioni di terapia di gruppo, come la terapia familiare.

Domicilio

Luogo in cui si dimora con l'intenzione di stabilirvisi durevolmente, come definito dal Codice Civile svizzero (Schweizerisches Zivilgesetzbuch, articoli 23 - 26, SR 210).

Emergenza

Insorgenza di una patologia improvvisa e imprevista che richiede cure mediche urgenti. Sono coperte solamente 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 medica deve essere richiesta dal suo medico e viene gestita nel modo più economico possibile considerando le sue condizioni di salute. Una volta terminate le cure, copriamo anche il costo del viaggio in classe economica per ritornare nel suo Paese principale di residenza.

Se per ragioni mediche non può 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 idoneo più vicino 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, tenderemo, 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.

Familiare

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

Familiare a carico

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

Farmaci odontoiatrici prescritti

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

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

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 un'ulteriore visita di controllo con il medico che le ha prescritto la fisioterapia. Se risulta che ha bisogno di sedute aggiuntive di fisioterapia, il suo terapeuta/medico dovrà inviarci un rapporto sui suoi progressi e un programma di cure per la sua patologia, specificando che il trattamento continua ad essere necessario dal punto di vista medico. Questa procedura deve essere ripetuta ogni 12 sessioni. La fisioterapia non include il Rolfing, i massaggi, il metodo Pilates, il metodo Milta e la fangoterapia.

Franchigia

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

Se previste dal suo programma, sono intese per assicurato e per Anno assicurativo, quando non diversamente specificato nell'Elenco delle prestazioni.

Gravidanza

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

Impianti dentali

Protesi direttamente collegate o ancorate all'osso della mandibola o del cranio per fare da supporto a protesi dentali, come ad esempio corone, ponti o dentiere fisse (insieme al relativo trattamento chirurgico). Quando si inoltra una richiesta di rimborso per impianti dentali è necessario includere le radiografie sia precedenti che successive al trattamento.

Indennità di ricovero

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

Infortunio

Determinato da un evento improvviso, imprevisto e 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 (articolo 4 LPGA, "Infortunio").

LCA

Legge federale svizzera che regola i contratti assicurativi (Legge federale sul contratto d'assicurazione, "Versicherungsvertragsgesetz, VVG").

Lei/suo

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

Logopedia

Cure dispensate da un logopedista qualificato, necessarie per diagnosticati difetti fisici quali, ad esempio, ostruzioni nasali, difetti neurogenici (come la paresi della lingua o le lesioni cerebrali) o difetti dell'articolazione della struttura orale (ad esempio, la palatoschisi).

Malattia

Qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame medico, cure oppure provochi un'incapacità al lavoro. Sono considerate infermità congenite le malattie presenti a nascita avvenuta (articolo 3 LPGA, "Malattia").

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

Spese di routine che si rendono necessarie durante il periodo di gravidanza e il parto includendo i costi di ricovero, gli onorari degli specialisti, le cure pre e postnatali della madre, l'onorario dell'ostetrica (solamente per l'assistenza durante il parto) e le cure per il neonato (vedere la definizione "Cure del neonato" per verificare cosa copre questa prestazione e quali sono i termini applicabili a bambini adottati o in affidamento o nati da maternità surrogata o da parto gemellare come risultato di trattamenti di riproduzione assistita).

Da notare che i costi delle ecografie 3D e 4D sono coperti solo fino alla cifra corrispondente alla spesa per un'ecografia in 2D.

Eventuali parti cesarei non necessari da un punto di vista medico verranno coperti solo fino ad una cifra massima corrispondente alla spesa standard per un parto naturale effettuato nello stesso ospedale (condizione soggetta ad eventuali massimali della prestazione "Maternità"). Il taglio cesareo necessario da un punto di vista medico è pagato nell'ambito della prestazione "Complicanze del parto".

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".

Medicinali e bendaggi prescritti

Farmaci prescritti da un medico per:

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

I farmaci devono essere di comprovata efficacia per curare la patologia diagnosticata del paziente e approvati dall'autorità regolatrice in materia farmacologica del Paese in cui usa la prescrizione. Perché questa prestazione sia coperta, i suoi farmaci dovranno essere prescritti, anche quando nel Paese in cui si trova la prescrizione non è necessaria per acquistarli. Può acquistare medicinali e bendaggi prescritti fino a tre mesi dalla data della prescrizione, a meno che la sua copertura non termini prima di tale data.

Medicinali prescritti

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 condizione medica 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 dentista

Persona che:

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

Medico generico

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

Medico specialista

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

Necessità medica

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

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

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

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

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

Oncologia

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

Onorari di medici generici

Costo di una prestazione medica non chirurgica effettuata o amministrata da un medico generico o eseguita da personale medico sotto la supervisione di un medico generico.

Onorari di medici specialisti

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 e i trattamenti specialistici che potrebbero essere soggetti a esclusione nella sua polizza.

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.

Ortodonzia

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

Criteri di necessità medica:

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

Dovrà inviarsi delle 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;
- la tipologia di pagamento concordata con il medico;
- la prova dell'avvenuto pagamento del trattamento ortodontico;
- le fotografie della mandibola e della mascella che mostrano chiaramente la dentizione prima del trattamento;
- le fotografie cliniche della mandibola e della mascella in occlusione centrale con vista frontale e laterale;
- ortopantomogramma (radiografia panoramica);
- radiografia del profilo (radiografia cefalometrica);
- eventuali altri documenti necessari per valutare la richiesta di rimborso.

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

Ospedale

Struttura sanitaria ospedaliera riconosciuta nel Paese in cui opera e in cui il paziente viene costantemente seguito da un medico professionista. Non sono considerati ospedali le case di cura e/o di riposo, le stazioni termali e i centri di benessere e salute.

Paese di origine

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

Patologie congenite

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

Patologie croniche

Disturbi, malattie, patologie, lesioni o ferite che perdurano per più di sei mesi o che richiedono cure mediche (visite di controllo o trattamenti) almeno una volta all'anno. Le patologie croniche presentano, inoltre, 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 meno, consulti la sezione "Note" nel suo Elenco delle prestazioni.

Patologie preesistenti

Condizioni mediche di cui uno o più sintomi si sono manifestati nel corso della sua vita o di quella di uno dei suoi familiari a carico e che sono riportate nel Modulo di sottoscrizione (articoli 4 e 5 del codice assicurativo svizzero), indipendentemente dal fatto che si sia ricorsi a un medico o no. Riterremo tali condizioni mediche preesistenti se saremo in grado di determinare che Lei o i suoi familiari a carico ne foste a conoscenza. Le nostre polizze normalmente coprono le patologie preesistenti, a meno che le comunichiamo diversamente per iscritto prima dell'inizio della sua copertura.

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

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

Tali condizioni preesistenti saranno soggette a valutazione medica e, se non dichiarate, non verranno coperte e la sua polizza verrà cancellata (articoli 6 e 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 sono indicate nell'Elenco delle prestazioni. Il periodo di carenza non si applica alle polizze senza valutazione dello stato di salute.

Podologia

Trattamento clinicamente necessario, effettuato da un professionista in possesso di abilitazione statale.

Polizze con valutazione completa dello stato di salute

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

Polizze senza valutazione dello stato di salute

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

Precedenti familiari diretti

Esistono quando a un genitore, a un nonno, a un fratello o a un figlio è stata precedentemente diagnosticata la patologia del caso.

Procreazione medicalmente assistita

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

Professionista della salute mentale

Professionista abilitato 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 e impianti, nonché tutti i trattamenti supplementari necessari. La copertura si estende anche ai bite dentali/splint occlusali necessari dal punto di vista medico, a condizione che non siano correlati al bruxismo o alla protezione contro le lesioni da impatto.

Rimpatrio della salma

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

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. Il rimpatrio sanitario per trattamenti non di emergenza, è coperto solamente se la propria copertura include la prestazione "Evacuazione medica in casi non di emergenza".

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.

Scoperto

È la percentuale sui costi dei trattamenti sanitari che rimane a suo carico. Per esempio, se una prestazione ha un rimborso dell'80%, significa che si applica uno scoperto del 20%, per cui la compagnia assicurativa paga l'80% dei costi di ogni trattamento ammissibile per persona assicurata, per Anno assicurativo. Non si applica uno scoperto ai servizi di visita medica per video-conferenza a cui si accede tramite il portale TeleHealth Hub.

Screening oncologico

Fatto per la diagnosi precoce di malattie oncologiche. Include le visite di controllo, le analisi e i test effettuati a intervalli appropriati e in assenza di sintomatologie cliniche. Questa prestazione, per essere coperta, deve essere effettuata presso un centro medico abilitato o

sotto la supervisione di un medico presso una struttura appropriata e in conformità alla prassi clinica riconosciuta a livello internazionale.

Servizi di visita medica per video-conferenza

Servizi che offrono accesso diretto a un medico tramite il nostro portale TeleHealth Hub. 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 geografica da cui Lei desidera accedere e alle leggi locali. Può ottenere un appuntamento per parlare con un medico in inglese, se disponibile, o, a seconda del fornitore disponibile nella sua area, potrebbe avere l'opzione di accedere al servizio in altre lingue. Il costo delle medicine prescritte come risultato della sua visita non è coperto da questa prestazione; la consegna a domicilio delle medicine o l'impegnativa del medico per una visita specialistica potrebbero essere incluse o no, a seconda dell'area in cui si trova, anche quando derivino dalla sua visita medica condotta in video-conferenza.

Questa prestazione non è coperta se si accede ai servizi di video-conferenza al di fuori di TeleHealth. La copertura è soggetta agli stessi termini che si applicherebbero a una prestazione se la consulenza fosse ricevuta di persona.

Servizio di autoambulanza

Trasporto in ambulanza fino al più vicino ed appropriato ospedale o centro sanitario autorizzato, in caso di emergenza o necessità medica per ricevere un trattamento per cui si è coperti.

Spese di sepoltura

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

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

Costo ragionevole di trasporto (fino al massimale specificato nell'Elenco delle prestazioni) delle persone assicurate che abbiano bisogno di raggiungere il luogo in cui un parente stretto sia deceduto o si trovi in pericolo di vita. La prestazione copre i costi di trasporto (andata e ritorno) del familiare assicurato per un viaggio, per Anno assicurativo. Nel caso di decesso del parente stretto, il viaggio deve iniziare entro sei settimane dalla data del decesso per essere coperto.

Per parente stretto si intende: il coniuge/partner, i genitori (inclusi i genitori adottivi), i genitori acquisiti (patrigno/matrigna), i tutori legali, i suoceri, fratelli e sorelle (inclusi fratellastri, sorellastre e cognati), i figli (inclusi i figli adottivi, i figli in affidamento e i figliastri), generi o nuore, i nonni o i nipoti.

Consideriamo costi di trasporto ragionevoli i costi di trasporto (andata e ritorno) in classe

economica. Per richiedere il rimborso per questa prestazione, bisogna inoltrare un certificato di morte o un certificato del medico che giustifichi la necessità di compiere il viaggio, oltre alla copia dei biglietti aerei. 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

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.

Questa prestazione è coperta solo se il proprio programma include l'evacuazione/rimpatrio. Le spese di alloggio in hotel ed altre spese correlate non sono coperte.

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

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

Spese di viaggio per un accompagnatore in caso di evacuazione/rimpatrio di un assicurato

Spese di viaggio per un accompagnatore in caso di evacuazione/rimpatrio di un assicurato. Se l'assicurato e l'accompagnatore non possono viaggiare nello stesso veicolo, pagheremo i costi di viaggio per un mezzo alternativo di trasporto, in classe economica. Una volta completate le cure, copriremo anche le spese del viaggio di ritorno in classe economica dell'accompagnatore al Paese in cui è iniziata la procedura di evacuazione o rimpatrio. Questa prestazione è coperta solo se il proprio programma include l'evacuazione/rimpatrio. Le spese di alloggio in hotel ed altre spese correlate non sono coperte.

Spese ragionevoli e consuetudinarie

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

Sport professionistici

Qualsiasi attività sportiva praticata per la quale si riceve uno stipendio o un altro tipo di compenso economico.

Storia clinica familiare

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.

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'audizione e apparecchi fonici come la laringe elettronica;
- calze elastiche contenitive a compressione graduata;
- materiale per ferite a lungo termine come bendaggi e protesi per stomizzati.

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

Terapeuta

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

Terapia occupazionale

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

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

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

Terapia oculomotoria

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, degli specialisti e i farmaci su prescrizione.

Test allergologico

Visita presso un medico abilitato per testare e scoprire se i suoi sintomi sono correlati ad un'allergia. Se questa prestazione 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

Camera d'ospedale privata o condivisa come indicato nell'Elenco delle prestazioni. Sono coperti i costi per la camera e le spese ammissibili per i trattamenti e servizi in regime di ricovero/day-hospital mentre si pernotta in ospedale (fino a un importo massimo considerato ragionevole e consuetudinario per la tipologia di stanza indicata nell'Elenco delle prestazioni). Non è coperta la sistemazione in camere di lusso o in suite.

Non sono coperte le spese non di natura medica o personali (come telefonate o giornali) addebitate separatamente al costo della stanza. Se il costo della sistemazione in ospedale non include i pasti, copriremo un massimo di tre pasti completi al giorno, dove per pasto completo si intende un antipasto, un piatto principale, un dessert e una bevanda.

Se un'altra prestazione per cui si è coperti include il ricovero ospedaliero, la sistemazione in ospedale sarà coperta da tale prestazione. Ad esempio, se si viene ricoverati per essere sottoposti a cure oncologiche, il costo della sistemazione in ospedale sarà coperto dalla prestazione "Oncologia" e non da "Tipologia di camera in ospedale". Altre prestazioni che includono il pernottamento in ospedale (se incluse nel suo programma) sono: "Cure psichiatriche e psicoterapia", "Maternità", "Trattamento palliativo" e "Trattamento a lungo termine". Quando una prestazione include già il pernottamento in ospedale, il tipo di camera sarà sempre quello specificato nell'Elenco delle prestazioni alla voce "Tipologia di camera in ospedale". Per questo motivo, se la "Tipologia di camera in ospedale" per cui si è coperti è condivisa, nel caso si venisse ricoverati per sottoporsi a cure oncologiche, la prestazione "Oncologia" coprirà solamente il costo per una camera condivisa.

Se la "Tipologia di camera in ospedale" per cui si è coperti non è disponibile o si sceglie di pernottare in una camera dal costo superiore, saranno coperti i costi per la camera e i trattamenti in regime di ricovero e day-hospital fino a un importo massimo considerato ragionevole e consuetudinario per la tipologia di stanza indicata nell'Elenco delle prestazioni.

Titolare della polizza

L'azienda datrice di lavoro dell'assicurato principale e firmataria del Contratto assicurativo con la compagnia assicurativa. Il titolare della polizza viene anche definito "azienda".

Trapianto di organi

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

Trattamenti di medicina alternativa

Trattamenti che esulano dalla medicina convenzionale dei Paesi occidentali, come ad esempio i trattamenti chiropratici, osteopatici, la medicina naturale cinese (erbe) ad esclusione degli integratori cinesi a base di erbe, l'agopuntura e la podologia, se praticati 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. Se il programma prevede queste prestazioni, anche i costi delle visite di consultazione sono coperti. Ogni quattro sedute, il terapeuta deve fornire un certificato sul progresso della terapia e un programma per il trattamento della patologia.

Trattamento

Procedura medica, chirurgica o terapeutica ricevuta per diagnosticare, prevenire, curare o alleviare una malattia o lesione, disturbi fisici e mentali.

Trattamento a lungo termine

Trattamenti amministrati per un periodo di tempo prolungato, dopo la cessazione delle iniziali terapie urgenti, solitamente a pazienti affetti da patologie o invalidità croniche che necessitano di cure ininterrotte/continue o per i quali non esiste un trattamento in grado di guarire la loro patologia in maniera definitiva. Le cure possono essere prestate presso il domicilio, strutture comunitarie, un ospedale, strutture per lungodegenza o una casa di cura.

Trattamento di riabilitazione

Trattamento che può essere una combinazione di terapie diverse come la fisioterapia, la terapia occupazionale e la logopedia. Il trattamento è mirato a riportare il paziente al normale aspetto e/o funzionamento fisico dopo una malattia acuta, una lesione o un intervento chirurgico. Il trattamento deve essere ricevuto entro 14 giorni dalla dimissione dall'ospedale a seguito di un trattamento acuto o chirurgia e deve essere amministrato in un centro abilitato. I costi della camera presso il centro abilitato sono coperti per i trattamenti in regime di ricovero o day-hospital solo se la terapia richiesta è stata prescritta dal suo medico e approvata da noi.

Trattamento fuori ricovero

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

Trattamento in day-hospital

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

Trattamento in regime di ricovero

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

Trattamento ortomolecolare

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

Trattamento palliativo

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

Trattamento per la fertilità

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 per i casi diagnosticati di sterilità. La copertura è disponibile (fino al massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni) solo se la persona che si sottopone a queste procedure è la persona assicurata dalla polizza. Eventuali costi eccedenti il massimale non possono essere reclamati tramite la copertura del coniuge/partner assicurato.

Tutte le procedure non invasive intraprese per stabilire la causa della sterilità sono coperte da altre prestazioni incluse nel Programma fuori ricovero (se selezionato), fino ai massimali applicabili. Alcuni esempi di prestazioni incluse nel Programma fuori ricovero che coprono le procedure 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).

Trattamento preventivo

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

Vaccinazioni

- Le immunizzazioni basilari e i richiami conformi alla prassi medica internazionale e necessari nel Paese in cui vengono somministrati o consigliati dalle autorità (Ministero della sanità o Ministero 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 stata approvata per la somministrazione nel Paese in cui Lei la riceve;
- la vaccinazione non è sovvenzionata o è solo parzialmente sovvenzionata dallo Stato del Paese in cui Lei risiede.

Copriamo le spese ragionevoli 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. Questa copertura non offre alcun privilegio di priorità per accedere al vaccino.

Visite di controllo della salute e test di prevenzione di malattie

Visite di controllo, test e analisi effettuati a intervalli appropriati e in assenza di sintomatologie cliniche. Questa prestazione, per essere coperta, deve essere effettuata presso un centro medico abilitato a condurre esami sulla salute, oppure sotto la supervisione di un medico presso una struttura appropriata, in conformità alla prassi clinica riconosciuta a livello internazionale. Non sono coperte le visite di controllo (come, ad esempio, ecografie a tutto il corpo, risonanze magnetiche o TAC) non necessarie o condotte in numero eccessivo.

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.

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 o servizi per 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.

DISFORIA DI GENERE

Cure e/o trattamenti o servizi per la disforia di genere.

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 o i servizi necessari 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 (odontoiatría) 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, servizi o accertamenti diagnostici richiesti a seguito di lesioni procurate durante la pratica di attività sportive a livello professionale.

LOGOPEDIA

Logopedia correlata a ritardo dello sviluppo (tranne quando la prestazione "Ritardo dello sviluppo" è inclusa nel proprio programma e sono soddisfatti i criteri per essere coperti), dislessia, disprassia o disturbo del linguaggio espressivo.

MATERNITÀ SURROGATA

Trattamenti direttamente correlati alla 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.

OPERAZIONI DI RICERCA E/O SOCCORSO

Costi relativi ad operazioni di ricerca e/o soccorso, per esempio per la ricerca e il trasporto di una persona assicurata da terra o da una montagna a un luogo sicuro. Copriamo l'evacuazione medica a partire dal momento in cui le operazioni di ricerca e/o soccorso si concludono.

PARTECIPAZIONE A GUERRE O ATTI CRIMINALI

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

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

PATOLOGIE CAUSATE INTENZIONALMENTE O LESIONI AUTO-PROVOCATE

Le cure e/o i trattamenti o i servizi 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) inviamo prima dell'attivazione della polizza;
- non sono state da Lei dichiarate nel suo Modulo di richiesta di sottoscrizione;
- si sono manifestate tra la data in cui ha completato il Modulo di richiesta di sottoscrizione e la data più posteriore tra le due che seguono:
 - data di rilascio del Certificato di assicurazione;
 - data di inizio della copertura.

Le 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.

PRODOTTI PER LA PERSONA E INTEGRATORI ALIMENTARI

Anche quando prescritti, raccomandati da un medico e/o riconosciuti come aventi effetti terapeutici, i seguenti prodotti non sono coperti:

- prodotti per la persona come collutorio, dentifricio, pastiglie e spray antisettici, shampoo, crema solare, disinfettante, guanti, mascherine, visiere, termometri e articoli per neonati;
- prodotti cosmetici, inclusi creme idratanti, emulsioni, lozioni, gel e oli per la pelle che non includono una componente medicinale;
- alimenti per bambini, incluso il latte artificiale somministrato per via orale.

Inoltre, non sono coperti vitamine, minerali o integratori (inclusi preparati nutrizionali, dietetici, biologici o a base di erbe), tranne quando: sono prescritti:

- durante la gravidanza, in conformità alle linee guida mediche;
- durante il trattamento oncologico, in conformità alle linee guida mediche;
- per il trattamento di malattie da carenza diagnosticate.

RITARDO DELLO SVILUPPO

Ritardo dello sviluppo cognitivo, tranne quando la prestazione è inclusa nel proprio programma e sono soddisfatti i criteri per essere coperti. I ritardi fisici dello sviluppo sono coperti solamente dalle prestazioni "Fisioterapia su prescrizione medica" e "Terapia occupazionale" (quando incluse nel proprio programma): deve essere confermato un ritardo fisico dello sviluppo di almeno 12 mesi basato su misurazioni quantitative documentate da medici qualificati. Le spese di supporto educativo quotidiano, ingresso, soggiorno e cure in day-hospital in centri educativi specializzati non sono coperte.

SOGGIORNI PRESSO CASE DI CURA

Soggiorni in centri di cura, stabilimenti balneari, spa, centri benessere 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 complicità derivanti da:

- sterilizzazione;
- disfunzioni sessuali (salvo quando la patologia del caso sia il risultato di una prostatectomia radicale conseguente a chirurgia oncologica);

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

TERAPIA FAMILIARE E COUNSELING

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

TEST 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:

- i casi in cui i test genetici sono coperti dal programma selezionato;
- 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;
- 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 causati da una seria negligenza o da un'azione deliberata connesse con l'abuso di alcol e droghe, la copertura delle spese mediche relative potrebbe essere ridotta o persino negata.

TRATTAMENTI DI MEDICINA ALTERNATIVA

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

TRATTAMENTI E SERVIZI CORRELATI AL PESO

Trattamenti e servizi per il controllo del peso, inclusi chirurgia bariatrica, farmaci (a meno che non siano indicati per il trattamento del diabete accertato di tipo 2), integratori, abbonamenti a palestre, programmi per perdere peso (diete) e programmi residenziali (presso una struttura) per i disturbi alimentari.

TRATTAMENTI NEGLI STATI UNITI NEI CASI SEGUENTI

Trattamenti o servizi 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 richiedere il rimborso di tutti gli importi già versati.

TRATTAMENTI NON INCLUSI NEL SUO ELENCO DELLE PRESTAZIONI

Tutti i seguenti trattamenti, costi, procedure o relative complicità che si elencano di seguito, se non diversamente indicato nell'Elenco delle prestazioni:

- cure dentali, interventi chirurgici odontoiatrici, cure parodontali, ortodonzia e protesi dentali;
- onorari del dietologo/nutrizionista;
- cure dentali d'emergenza;
- spese di viaggio per un accompagnatore in caso di evacuazione/rimpatrio 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;
- trattamento oculistico a mezzo laser;
- 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 parente stretto;
- vaccinazioni.

TRATTAMENTI O TERAPIE FARMACOLOGICHE A CARATTERE SPERIMENTALE O NON TESTATI

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

TRATTAMENTI RICEVUTI AL DI FUORI DELL'AREA GEOGRAFICA DI COPERTURA

I trattamenti ricevuti al di fuori dell'Area geografica di copertura, salvo in caso di emergenza o quando si abbia ricevuto la nostra autorizzazione.

TRATTAMENTO 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).

TRATTAMENTO ESTETICO

Qualsiasi trattamento cosmetico, anche quando sia prescritto da un medico. Sono inclusi i trattamenti effettuati da un chirurgo plastico, indipendentemente dalle ragioni mediche e/o psicologiche che possono averli resi necessari, fatta eccezione per:

- la ricostruzione chirurgica necessaria al ripristino delle funzionalità o dell'aspetto a seguito di un incidente con conseguenze gravi per l'aspetto del paziente o di un intervento chirurgico oncologico, laddove l'incidente o l'intervento siano avvenuti durante il periodo di validità della polizza;
- procedure e interventi di chirurgia per la riassegnazione di genere, quando si soddisfano i criteri per la disforia di genere e la prestazione è inclusa nella propria copertura.

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.

Ci contatti pure – siamo qui per aiutarla!

Per qualsiasi domanda sulla sua copertura sanitaria supplementare, i trattamenti al di fuori della Svizzera, l'evacuazione medica e il rimpatrio sanitario, ci contatti:

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

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

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

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

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

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

[Programmi di copertura sanitaria internazionale per la Svizzera | Allianz](#)

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), la succursale svizzera di AWP P&C S.A., Saint-Ouen, Francia, una società a responsabilità limitata 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.

AWP Health & Life SA, che opera sul mercato attraverso la sua succursale irlandese, è una società a responsabilità limitata soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances"), compagnia registrata in Francia, n.: 401 154 679 RCS Bobigny. La succursale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda, n.: 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.