

Guida alle prestazioni

Care

Condizioni di assicurazione

**Programmi di copertura sanitaria internazionale
per privati e famiglie**

Validità dal 1° novembre 2025

Benvenuto

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

Questa guida è composta da due parti: "Come utilizzare la copertura" raccoglie tutte le informazioni importanti da utilizzare regolarmente per accedere alla copertura; "Termini e condizioni della copertura" spiega i termini della sua copertura in maggiore dettaglio.

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

Siamo il marchio dedicato all'assicurazione sanitaria internazionale di Allianz Partners. Oltre a questo, Allianz Partners gestisce diversi altri marchi, come quelli per i servizi di assistenza internazionale, assicurazioni viaggio e assicurazioni RCA.

Il presente documento è una traduzione in italiano del documento in lingua inglese. Il testo in inglese è l'unico originale e con valore legale. Se eventuali discrepanze dovessero emergere tra la versione in italiano e la versione in inglese, quest'ultima sarà l'unica a dover essere considerata legalmente vincolante. AWP Health & Life SA è soggetta alla regolazione dell'autorità francese di vigilanza prudenziale (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution), con sede all'indirizzo 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Parigi Cedex 09, Francia.

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.

Indice

Come utilizzare la sua copertura	4
Servizi di assistenza.....	4
Come funziona la copertura.....	13
Ha bisogno di cure mediche?	19
Termini e condizioni della copertura	27
Termini e condizioni.....	27
Amministrazione della sua polizza	29
Pagamento del premio	38
Altre condizioni che si applicano alla sua copertura	40
Informativa sulla protezione dei dati personali.....	44
Procedura per i reclami e la risoluzione di disaccordi	45
Definizioni.....	48
Esclusioni.....	77
Ci contatti pure – siamo qui per aiutarla!.....	90

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 che offriamo. Scopri cosa è a sua disposizione.

Ci contatti pure – siamo qui per aiutarla!

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

Helpline

Telefono: **+353 1 630 1305**



CI CONTATTI

Se vuole può anche chiamarci da un numero verde. Trova la lista aggiornata dei nostri numeri verdi qui: www.allianzcare.com/it/pages/toll-free-numbers.html

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

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 (se nello stesso Paese dell'indirizzo precedente), le preferenze di marketing, ecc.;
- visualizzare il saldo residuo di ciascuna prestazione inclusa nel suo Elenco delle prestazioni;
- pagare il premio online e visualizzare i pagamenti ricevuti dalla compagnia assicurativa;
- aggiungere o modificare i dati della sua carta.

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 se ha un Android.



3. Dopo essersi registrato, l'indirizzo e-mail che ha usato per la registrazione sarà il nome utente che dovrà usare tutte le volte che in futuro vorrà accedere a MyHealth. Non c'è differenza nei dati di accesso tra il portale e l'applicazione MyHealth: per entrambi deve usare 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. Non è obbligatorio ricorrere ai medici e ospedali del nostro network anche se è preferibile, così da usufruire del pagamento diretto delle spese mediche;
- 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;
- all'**applicazione di coaching per la mente**, un servizio di chatbot con cui può condividere e parlare dei suoi sentimenti. Se preferisce un tocco più personale, può anche contattare un professionista del coaching mentale tramite la chat.



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 gli espatriati**

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

Come funziona la copertura

Per cosa sono coperto?

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

- riteniamo che siano necessari dal punto di vista medico, appropriati per le condizioni, la malattia o l'infortunio del paziente;
- hanno uno scopo palliativo, curativo e/o diagnostico;
- vengono eseguiti da un medico, dentista o terapeuta autorizzato.

La sua copertura è inoltre 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;
- eventuali **clausole aggiuntive** del contratto assicurativo, i **termini e le condizioni di polizza** contenuti nel presente documento ed eventuali altri **allegati di natura legale**;
- 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;
- **termini di copertura delle patologie preesistenti**: La copertura di patologie preesistenti (incluse le patologie croniche preesistenti) è soggetta alle condizioni di copertura che Lei ha accettato:
 - per le polizze con **valutazione completa dello stato di salute**, le patologie preesistenti sono coperte a meno che i suoi documenti di polizza non indichino diversamente;

- per le polizze con **moratoria**, le patologie preesistenti sono coperte solo una volta completato un periodo di carenza di 24 mesi (che comincia nella data di inizio della polizza) e che Lei non abbia avuto sintomi, necessitato o ricevuto cure, abbia assunto farmaci, abbia condotto una dieta speciale o abbia seguito dei consigli del medico in riferimento alla patologia preesistente del caso durante il periodo di carenza.

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 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 2.490 £ / 3.000 € / 4.050 US\$ / 3.900 CHF).

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

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

Massimali di prestazione per la maternità

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

Se il massimale della prestazione si applica "a gravidanza"

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

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

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

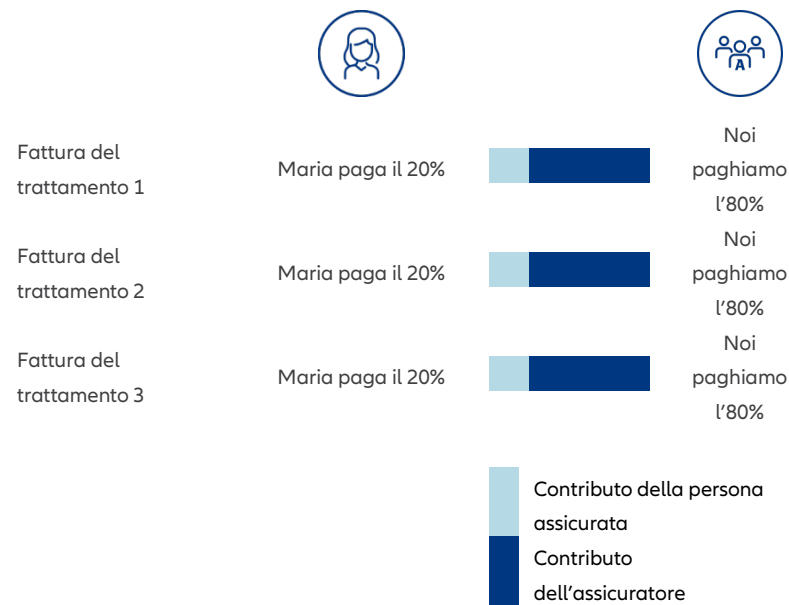
Esiste un massimale per il rimborso dei trattamenti ospedalieri che avvengono nei primi tre mesi successivi alla nascita, se il neonato:

- 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 riproduzione assistita.

Il massimale è 24.900 £ / 30.000 € / 40.500 US\$ / 39.000 CHF a neonato. I trattamenti fuori ricovero, invece, sono coperti dal Programma fuori ricovero (se selezionato).

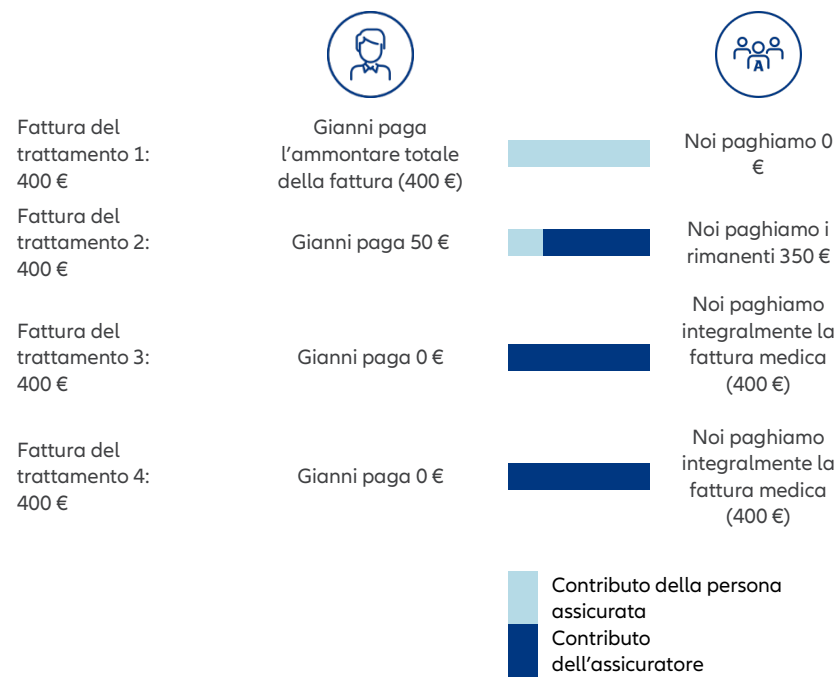
Che cosa sono gli scoperti?

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 €.



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 concordato diversamente, 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.

Se paghiamo direttamente il suo medico o ospedale per un trattamento che ha ricevuto e scopriamo dopo che Lei non aveva diritto alla copertura per quelle spese mediche da noi pagate, ci riserviamo il diritto di richiederle il risarcimento. L'aver pagato le sue spese mediche al suo medico o ospedale

non è una conferma di copertura del trattamento da Lei ricevuto e delle spese relative, né garantisce il pagamento di eventuali sue future richieste di rimborso relative alla stessa patologia o a un'altra patologia correlata.

Se stabiliamo che un importo per cui ci ha richiesto un rimborso non è in realtà coperto, non lo pagheremo; se lo abbiamo già pagato, dovrà risarcirne la somma entro 14 giorni, altrimenti potremo revocare eventuali altre pre-autorizzazioni e cancellare la polizza (senza la restituzione del premio pagato). Se desidera che rivalutiamo una richiesta di rimborso che le abbiamo declinato, dovrà dimostrare che il suo trattamento o patologia o spese mediche sono coperti dal suo programma.

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



Scarichi il modulo di Richiesta di pre-autorizzazione dal nostro sito web: www.allianzcare.com/it/risorse/risorse-per-gli-assicurati.html.



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

Ulteriori informazioni in merito al rimborso delle spese mediche

Richieste di rimborso delle spese mediche

Cose da sapere prima di inviarci una richiesta di rimborso:

- **Scadenza per l'inoltro delle richieste di rimborso:** deve inviarci tutte le richieste di rimborso tramite MyHealth (applicazione o portale) entro e non oltre sei mesi dalla data in cui termina l'Anno assicurativo. Se la sua copertura viene cancellata durante il corso dell'Anno assicurativo, deve inviare le richieste di rimborso entro e non oltre sei mesi dalla data in cui termina la copertura. Dopo tale scadenza, non siamo più tenuti ad effettuare alcun rimborso.
- **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.
- **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 rifiutare o 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.

Liquidazione dell'indennità per morte accidentale

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

La documentazione necessaria è la seguente:

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

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

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

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

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

Trattamenti medici necessari per colpa di terzi

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

Termini e condizioni della copertura

Termini e condizioni

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

La sua polizza di assicurazione sanitaria internazionale è un contratto annuale tra la compagnia assicurativa e la persona (o le persone) elencate sul Certificato di assicurazione. Il contratto si compone di:

- questa **Guida alle prestazioni**, che spiega tutte le regole standard che si applicano alle prestazioni. Deve leggerla unitamente al Certificato di assicurazione e all'Elenco delle prestazioni;
- il **Certificato di assicurazione**, che le conferma i programmi che ha scelto, la data di inizio e di rinnovo della copertura (e la data di entrata in vigore in copertura per eventuali familiari a carico che ha incluso nella sua polizza), oltre all'area geografica di copertura che ha selezionato. Nel Certificato trova anche eventuali condizioni speciali che si applicano alla sua copertura specifica: se il certificato riporta condizioni speciali, trova maggiori dettagli nella lettera di Condizioni Speciali che in tal caso le avremo inviato prima dell'inizio della sua copertura. Le invieremo un nuovo Certificato di assicurazione tutte le volte che accettiamo di effettuare un cambio che ci richiede (come nel caso di includere in copertura un nuovo familiare a carico) o ogni volta che noi dobbiamo aggiornare qualcosa relativo ai prodotti offerti;
- l'**Elenco delle Prestazioni**, il documento che elenca il programma selezionato e la lista di prestazioni incluse dalla copertura. Inoltre, in

questo documento si specifica quali prestazioni sono soggette a pre-autorizzazione, massimali, periodi di carenza, franchigie e/o scoperti.

- le informazioni forniteci da (o a nome di) le persone assicurate da questa polizza sul modulo di Richiesta di sottoscrizione, o sottoscrizione online, o sul modulo di Conferma dello stato di salute o altri moduli (ai quali da qui in avanti ci riferiremo con il termine "modulo di sottoscrizione applicabile al suo caso") e tutte le informazioni mediche di supporto.

Amministrazione della sua polizza

Inizio della copertura

Ricevere il Certificato di assicurazione è la conferma che Lei è stato accettato in copertura e la sua polizza è stata creata. Sul Certificato le indichiamo la data d'inizio della copertura: in ogni caso, noti che non potrà iniziare ad usarla fino all'avvenuto pagamento del premio (o della prima rata del premio). Inoltre, la copertura continuerà senza interruzioni fino alla data di rinnovo se continua a pagare eventuali altre rate del premio entro la loro scadenza.

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 il titolare della polizza (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 di qualsiasi membro della sua famiglia come familiare a carico. Il procedimento varia a seconda di quale tipo di polizza ha tra le seguenti:

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

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

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

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

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

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

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

Come aggiungere un neonato alla polizza?

Mandi 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?

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

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

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

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

Come aggiungere un neonato alla polizza?

Mandi 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, il neonato non sarà soggetto a moratoria e verrà incluso nella sua polizza se il genitore biologico (o il genitore committente, in caso di maternità surrogata) è assicurato con una nostra polizza per un periodo continuativo di almeno otto mesi. La copertura inizierà dal giorno della nascita.

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

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

Cosa succede se si vuole aggiungere neonati frutto di parto gemellare?

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

Massimale per i trattamenti in ricovero dei neonati

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

- è frutto di una maternità surrogata;
- è adottato;
- è in affidamento;

- è frutto di un parto gemellare a seguito di un programma di cure per la riproduzione assistita.

Il massimale è 24.900 £ / 30.000 € / 40.500 US\$ / 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).

Cambio di titolare della polizza

Se al momento del rinnovo richiede un cambio di titolare di polizza, il nuovo titolare dovrà compilare un modulo di Richiesta di sottoscrizione e fornire una dichiarazione sul proprio stato di salute, la quale sarà soggetta a valutazione del rischio da parte della compagnia assicurativa. Se il cambio di titolare di polizza è dovuto a decesso del titolare originario, veda il paragrafo "Decesso del titolare della polizza o di un familiare a carico".

Decesso del titolare della polizza o di un familiare a carico

Speriamo vivamente che non abbia mai necessità di fare riferimento a questo paragrafo; in ogni caso, se dovesse verificarsi il decesso del titolare della polizza o di un familiare a carico, secondo la procedura dovrà informarci per iscritto entro 28 giorni dal decesso.

Se il deceduto è il titolare della polizza, la polizza verrà cancellata e il premio per l'Anno assicurativo in corso verrà restituito in maniera prorrateata se non ci sono state richieste di rimborso per spese mediche per quell'anno in corso. Potremmo richiedere di inoltrare un certificato di decesso prima di effettuare il pagamento del premio non goduto. In alternativa, per mantenere attiva la polizza per tutti i familiari a carico già inclusi nella polizza prima del decesso del titolare, uno di loro (purché sia maggiorenne) può richiedere di diventare il nuovo titolare della polizza esistente. Se la richiesta ci arriva entro 28 giorni dal decesso, potremmo (a nostra discrezione) non applicare eventuali restrizioni o limitazioni aggiuntive a quelle che eventualmente si applicavano già alla polizza del titolare deceduto.

Se il deceduto è un familiare a carico, lo cancelleremo dalla polizza ed effettueremo un pagamento prorrateato del premio pagato e non goduto per l'Anno assicurativo in corso per il familiare deceduto, a condizione che

nessun rimborso di spese mediche sia stato pagato. Potremmo richiedere di inoltrare un certificato di decesso prima di effettuare il pagamento del premio non goduto.

Cambiare il livello di copertura

Se desidera cambiare livello di copertura, per favore ci contatti prima della data di rinnovo della polizza per discutere le opzioni possibili. I cambi nella sua polizza possono essere effettuati solo in occasione del rinnovo. Se il cambio che vuole effettuare è passare a un livello di copertura più completo rispetto a quello che già ha, le potremmo richiedere di compilare un questionario medico e di accettare eventuali restrizioni o limitazioni applicabili, prima di poter attivare la nuova copertura. Noti che quando migliora il livello di copertura potrebbe dover pagare un premio superiore e potrebbero applicarsi periodi di carenza a certe prestazioni.

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.

Ci contatti pure per verificare se la sua copertura è valida nel Paese in cui si trasferisce:

individual.admin@e.allianz.com

In alcuni Paesi la copertura è soggetta a delle restrizioni legali locali in merito alla copertura assicurativa sanitaria, che si applicano soprattutto a coloro che sono permanentemente residenti in quel determinato Paese. È sua responsabilità accertarsi che la sua copertura sanitaria sia idonea a fini di legge. Se dovesse avere dei dubbi in merito, le consigliamo di consultare un consulente legale, dal momento che potremmo trovarci nell'impossibilità di continuare ad offrirle copertura assicurativa. La copertura fornita da Allianz non è sostitutiva della copertura assicurativa sanitaria obbligatoria in vigore in determinati Paesi.

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.

Rinnovo della copertura

Prese in considerazione le clausole elencate nel paragrafo "Situazioni in cui la copertura viene cancellata", la sua polizza (e quella di eventuali familiari a carico) viene automaticamente rinnovata per un altro Anno assicurativo se:

- i programmi che ha incluso nella sua polizza corrente sono ancora disponibili;
- 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 bancario sono cambiati.

D'accordo con il nostro procedimento di rinnovo, un mese prima della data del rinnovo riceverà un nuovo Certificato di assicurazione e un documento illustrativo degli eventuali cambi di copertura che potremmo avere effettuato. Se non ha ricevuto il nuovo Certificato di assicurazione entro un mese dal rinnovo, ci contatti immediatamente.

Cambi che potremmo applicare al rinnovo della polizza

Ci riserviamo il diritto di rivedere i termini e le condizioni di polizza e di applicare eventuali variazioni necessarie che si applicheranno a partire dalla data di rinnovo della polizza. I termini e le condizioni della polizza e

l'Elenco delle Prestazioni in vigore al momento del rinnovo saranno validi per tutto l'Anno assicurativo che inizia alla data del rinnovo. Potremmo applicare delle modifiche al premio (ad esempio, il metodo di calcolo del premio, il metodo di pagamento o la frequenza di pagamento), le prestazioni coperte o le condizioni della polizza. I cambi si applicano solo a partire dalla data di rinnovo della sua polizza, indipendentemente dalla data in cui il cambio in questione viene da noi effettuato. Non introdurremo nella sua copertura personale nuove restrizioni o esclusioni relative a patologie che si sono presentate dopo l'attivazione della sua polizza, a condizione che Lei abbia adeguatamente rilasciato una corretta e completa dichiarazione sul suo stato di salute al momento di richiedere la sottoscrizione della sua polizza, e a seconda che al rinnovo non richieda di potenziare il suo livello di copertura.

La informeremo sempre per iscritto se effettuiamo dei cambi. Se non li accetta, può chiedere la cancellazione della polizza: in tal caso, i cambi non entreranno mai in vigore per il suo contratto, purché la richiesta di cancellazione ci pervenga entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore dei cambi, o, alternativamente, entro 30 giorni dalla data in cui le comunichiamo di aver effettuato dei cambi, se questa è posteriore alla prima.

Diritto di cancellazione

Può cancellare la sua polizza inviandoci una richiesta scritta entro 30 giorni dalla data di ricezione delle condizioni di copertura, oppure entro 30 giorni dalla data di inizio / rinnovo della polizza, se questa è posteriore alla prima. La cancellazione della copertura non può essere retrodatata.

Per cancellare la polizza, deve compilare il modulo "Cambiare idea è un suo diritto", incluso nel suo Membership Pack, e inviarcelo al seguente indirizzo e-mail: individual.joining@e.allianz.com

In alternativa, può inviare il modulo per posta all'Ufficio servizio al cliente (Client Services Team), all'indirizzo fornito nell'ultima pagina di questa guida.

Se cancella la sua polizza entro i 30 giorni indicati, ha diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto per l'Anno assicurativo, a condizione che

non le siano già stati liquidati dei rimborsi per spese mediche. Trascorsi 30 giorni, se non cancella la sua polizza (o non richiede delle modifiche alla copertura), il contratto assicurativo diventa vincolante, ovvero dovrà pagare il premio completo previsto per l'Anno assicurativo in base alla frequenza di pagamento da Lei selezionata.

Casi in cui la copertura viene cancellata

La copertura (per Lei e per tutte le persone incluse nella polizza) verrà cancellata automaticamente se:

- non paga il premio o qualsiasi altro saldo dovuto entro la data di pagamento. Però, potremmo riattivare la sua copertura senza farle compilare un modulo di Conferma sullo stato di salute se paga il premio in sospeso entro 30 giorni dopo la data entro cui doveva essere pagato inizialmente;
- non ha pagato eventuali altri costi relativi a tasse assicurative e altre imposte entro la data di pagamento del premio;
- viene a mancare il titolare della polizza (veda il paragrafo "Decesso del titolare della polizza o di un familiare a carico");
- 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 accettare o meno la richiesta di copertura;
 - l'ammontare del premio assicurativo da pagare;
 - se siamo tenuti o meno al pagamento di una richiesta di rimborso.

Veda anche la sezione "Altre condizioni che si applicano alla sua copertura" per maggiori informazioni;

- sceglie di cancellare la sua polizza e ce ne dà notifica entro 30 giorni dalla data in cui riceve i termini e le condizioni per il rinnovo o entro 30

giorni dalla data in cui inizia o rinnova la sua polizza, a seconda di quale delle due è posteriore all'altra (veda il paragrafo "Diritto di cancellazione").

Se la sua polizza si conclude per ragioni diverse dalla frode o omessa dichiarazione di elementi importanti, le risarciremo il premio pagato e non goduto per l'Anno assicurativo a cui di riferisce la cancellazione della polizza, con detrazione di eventuali somme che ci deve.

Noti che se la sua polizza si conclude, si conclude anche la copertura di eventuali familiari che ha incluso nella sua polizza.

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 sei mesi dopo la data di scadenza del contratto. Tuttavia, i trattamenti 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.

Pagamento del premio

Il premio per ogni Anno assicurativo si basa sull'età di ciascuna persona inclusa nella polizza (nel primo giorno dell'Anno assicurativo), l'area di copertura, il Paese di residenza, il tasso del premio e altri fattori di rischio che hanno un impatto materiale sull'assicurazione.

Accettando la copertura, Lei accetta anche di pagare il premio indicato sul suo preventivo, secondo il metodo di pagamento che ha scelto. Per tutta la durata del contratto assicurativo deve effettuare il pagamento della sua copertura in anticipo rispetto al periodo cui si riferisce il **premio iniziale (o la prima rata)** deve essere versato non appena le confermiamo di aver accettato la sua richiesta di copertura. Il pagamento delle **rate successive** diventa esigibile il primo giorno del periodo di copertura a cui si riferisce. Può scegliere di pagare il suo premio a rate mensili, trimestrali, semestrali o in un'unica rata annuale. Quando riceve la fattura, la preghiamo di accertarsi che il suo premio assicurativo corrisponda all'ammontare indicato nel preventivo concordato: ci contatti immediatamente se riscontra delle differenze. Non ci assumiamo alcuna responsabilità per i pagamenti effettuati tramite terzi che non riceviamo o riceviamo in ritardo.

Deve pagare il suo premio nella valuta concordata. Se dovesse avere difficoltà a pagare il suo premio o a pagarlo in tempo, per favore ci contatti a questo recapito: **+353 1 630 1305**.

Può cambiare le condizioni di pagamento inviandocene richiesta scritta entro 30 giorni dalla data del rinnovo. Se non paga il premio iniziale o le rate successive in tempo potrebbe perdere la copertura assicurativa.

Se il premio iniziale non viene pagato entro la scadenza, potremmo sospendere il suo contratto fino ad avvenuto pagamento. Il contratto viene considerato nullo a meno che iniziamo una causa legale entro tre mesi dalla data di inizio della copertura o della polizza, o entro la data di cancellazione del contratto, per ottenere il pagamento del premio dovuto. Se eventuali rate successive non vengono pagate entro la scadenza, potremmo, per iscritto e a sue spese, darle un'estensione di almeno due settimane sulla data di scadenza per effettuare il pagamento. Dopodiché, se il pagamento non è ancora stato effettuato, cancelleremo il contratto per

iscritto con effetto immediato e non avremo alcuna responsabilità di pagare le richieste di rimborso delle sue spese mediche.

Il contratto verrà reinstaurato se paga il premio entro un mese dalla cancellazione, se la cancellazione era collegata al mancato pagamento del premio entro la scadenza dell'estensione, a condizione che non abbiamo rimborsato spese mediche nel periodo in cui la copertura era in sospeso o cancellata.

Pagamento di altri costi

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

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

Queste tasse potrebbero essere già in vigore quando la sua copertura inizia, ma potrebbero anche essere introdotte (o modificate) in seguito. Ogni addebito di questo tipo sarà visibile in fattura. La informeremo per iscritto se le tasse o imposte cambiano o se vengono introdotte delle nuove tasse.

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

Altre condizioni che si applicano alla sua copertura

Giurisdizione

- **Se risiede all'interno dello Spazio economico europeo:** il suo contratto assicurativo è soggetto alle leggi e ai tribunali del suo Paese di residenza, eccetto nei casi in cui la legge imponga diversamente.
- **Se risiede al di fuori dallo Spazio economico europeo** il suo contratto assicurativo è soggetto alle leggi e ai tribunali irlandesi, eccetto nei casi in cui la legge imponga diversamente.

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 dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

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

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, nessuno è autorizzato ad apportare modifiche alla sua polizza in suo nome. I cambi sono validi solo se confermati da noi per iscritto.

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 come, 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.

Frode

- a) Le informazioni che Lei e i suoi familiari a carico ci fornite, ad esempio attraverso il Modulo di richiesta di sottoscrizione, devono essere complete e accurate. Se le informazioni non sono corrette o non ci comunica dati importanti che possono influire sulla nostra valutazione del rischio assicurativo, la sua polizza potrebbe essere annullata a partire dalla data di entrata in vigore. Deve informarci di tutte le patologie che si manifestino nel periodo compreso tra la compilazione del Modulo di richiesta di sottoscrizione e la data di inizio della polizza. Le patologie che non dichiara potrebbero non essere coperte. Se non è certo che determinate informazioni siano rilevanti per la valutazione del rischio assicurativo, ci chiami per chiedere chiarimenti. Se ha una **polizza con moratoria**, il periodo di moratoria relativo alle patologie preesistenti continuerà ad applicarsi anche quando dichiara sin dall'inizio di avere tali patologie preesistenti – potremmo applicare nuove condizioni di polizza, annullare o cancellare il suo contratto assicurativo o ancora ridurre o declinare richieste di rimborso in base a nuove patologie che dichiara di avere.

Se il suo contratto è annullato a seguito di dichiarazioni incorrette o di omessa dichiarazione di elementi importanti, le rimborseremo il premio pagato e non goduto con detrazione di eventuali somme da noi pagate per rimborsarle le spese mediche. Se il costo delle spese mediche che le abbiamo pagato eccede l'ammontare del premio, dovrà rimborsarci la cifra in eccesso.

- 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. Se il contratto è annullato a seguito di richieste di rimborso per spese mediche false, fraudolente, intenzionalmente esagerate o a seguito di mezzi fraudolenti impiegati per ottenere dei pagamenti da noi, non le rimborseremo il premio

(né nella sua totalità, né in parte) ed eventuali spese mediche in processo di lavorazione non verranno più pagate. In caso di richieste di rimborso fraudolente, cancelleremo il contratto a partire dalla data in cui la frode è scoperta.

Cancellazione

Cancelleremo la sua polizza se non paga il premio per intero per il periodo di assicurazione a cui si riferisce. La informeremo della cancellazione e il contratto si considererà terminato a partire dalla data di scadenza di pagamento del premio. In ogni caso, se paga il premio entro 30 giorni da tale data, riattiveremo la copertura e pagheremo eventuali richieste di rimborso che ci ha inviato nel frattempo. Se paga il premio dopo lo scadere dei 30 giorni menzionati, dovrà completare il modulo di Conferma sullo stato di salute prima che possiamo riattivare la sua copertura e la sua polizza sarà soggetta a valutazione dello stato di salute.

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) la contatteremo, in qualità di titolare della polizza, per ottenere le informazioni richieste (qualora si tratti di dati non sensibili). Allo stesso modo, al fine di gestire le richieste di rimborso, potremmo condividere con tutti i suoi familiari i dati non sensibili relativi ad uno di loro.

Informativa sulla protezione dei dati personali

La nostra Informativa sulla protezione dei dati personali spiega come proteggiamo la sua privacy e come trattiamo i suoi dati personali. Le consigliamo di leggerla prima di inviarci i suoi dati personali. La trova qui: www.allianzcare.com/it/privacy.html

In alternativa, può contattarci per telefono e richiederne una copia cartacea:
+353 1 630 1305

Se ha delle domande in merito all'uso che facciamo dei suoi dati personali, ci contatti pure per e-mail all'indirizzo:
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 tuo problema non può essere risolto telefonicamente, puoi inviarcì un'e-mail o una lettera ai seguenti recapiti:

Telefono: **+353 1 630 1305**

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

E-mail: client.services@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.

Mediazione

1. Ogni divergenza di opinione medica rispetto alle conseguenze di un infortunio o di una malattia deve esserci comunicata entro nove settimane dalla data in cui ha origine la divergenza. Questa verrà risolta da due medici esperti, ciascuno nominato per iscritto rispettivamente dall'assicurato e dalla compagnia assicurativa.
2. Se la divergenza non può essere risolta d'accordo con quanto descritto al precedente punto 1 o in maniera amichevole, le Parti devono ricorrere alla mediazione per risolvere eventuali dispute, controversie, o reclami che si riferiscano al contratto assicurativo, al suo annullamento, alla sua cancellazione o invalidazione, e che coinvolgano somme di denaro inferiori a 500.000 €. La mediazione deve svolgersi secondo la Procedura di mediazione del Centre for Effective Dispute Resolution (CEDR). Le parti devono cercare di

nominare un Mediatore di comune accordo. Laddove l'assicurato e la compagnia assicurativa non riescano ad accordarsi sulla nomina del Mediatore entro 14 giorni, tanto l'assicurato quanto la compagnia assicurativa possono ricorrere al CEDR, inviandone comunicazione scritta all'altra parte, per farsi assegnare un Mediatore d'ufficio.

Per dare avvio alla mediazione, l'assicurato o la compagnia assicurativa devono darne notifica per iscritto (avviso di risoluzione alternativa delle controversie, ADR) all'altra parte, richiedendo il servizio di mediazione. Una copia della richiesta deve essere spedita al CEDR. La mediazione inizierà non oltre 14 giorni dalla data dell'avviso ADR. Nessuna delle due Parti inizierà eventuali processi di arbitrato o processi giudiziari per quanto indicato in questo punto 2, fino a che non si sia cercato di risolvere la disputa attraverso la mediazione, eccezion fatta per i casi in cui la mediazione venga interrotta, o nei casi in cui l'altra Parte abbia omesso di partecipare al processo di mediazione, o ancora nei casi in cui il diritto a procedere non sia stato pregiudicato da ritardi. La mediazione avrà luogo nel Paese di giurisdizione. L'Accordo di mediazione cui fa riferimento la Procedura di Mediazione è soggetto, interpretato e messo in atto in conformità alle leggi del Paese di giurisdizione. Il Tribunale del Paese indicato nella sezione Giurisdizione avrà giurisdizione esclusiva per risolvere eventuali questioni, dispute o divergenze che vengano provocate da, o che siano connesse con, la mediazione.

3. Qualsiasi disputa, controversia o reclamo che siano:
- provocati da o relazionati al contratto assicurativo (o con la sua invalidazione, cancellazione o annullamento) e che corrispondano a cifre superiori a 500.000 €;
 - relativi alla mediazione secondo quanto specificato al punto 2 ma non volontariamente risolti dalla mediazione entro tre mesi dalla data dell'avviso ADR.

Questi dovranno essere risolti esclusivamente dai tribunali francesi e le due parti dovranno sottomettersi alla giurisdizione di questi.

Qualsiasi procedura condotta in conformità a questo punto 3 dovrà concludersi entro nove mesi di calendario dalla data di scadenza del suddetto periodo di tre mesi.

Procedimenti legali

L'assicurato non può dare corso a procedimenti legali per recuperare il rimborso di una prestazione coperta dalla polizza prima che siano trascorsi 60 giorni dalla presentazione del modulo di Richiesta di rimborso e oltre i due anni da questa, salvo diversamente previsto da norme inderogabili di legge.

Definizioni

Le seguenti definizioni si applicano ai nostri programmi di copertura sanitaria. Per verificare quali prestazioni sono coperte dal suo programma, consulti l'Elenco delle prestazioni. Se nel suo programma è inclusa una prestazione speciale non elencata a seguire, 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.

Anno assicurativo

Decorre dalla data effettiva di inizio della sua polizza (la trova indicata nel Certificato di assicurazione) e termina esattamente un anno dopo.

Applicazione digitale per la salute

Contributo all'acquisto di un'applicazione digitale di sua scelta, per Anno assicurativo.

L'applicazione deve avere la funzione di assistere nella prevenzione, rilevamento o gestione di una malattia o lesione come ad esempio il mal di schiena, il diabete o disturbi mentali. Questa prestazione è coperta quando chi userà l'applicazione è la persona assicurata, la cui polizza deve essere valida al momento dell'acquisto dell'applicazione. Per ottenere il rimborso delle spese, alleggi la ricevuta datata alla sua richiesta di rimborso.

Assicurato

Lei e i suoi familiari a carico elencati sul Certificato di assicurazione. Chi fa richiesta di copertura non può avere più di 75 anni compiuti per le polizze con valutazione completa dello stato di salute, oppure non più di 64 anni compiuti per le polizze con moratoria.

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.

Assistenza infermieristica domiciliare per i bambini

Contributo per cure infermieristiche domiciliari necessarie per minori di 16 anni a carico dell'assicurato. La copertura è fornita solo se è decisione del medico curante che il bambino debba ricevere cure in casa per motivi medici, a seguito di un trattamento in ricovero di almeno cinque giorni. L'assistenza infermieristica deve:

- iniziare entro due settimane dalla dimissione dall'ospedale;
- concludersi entro sei settimane dalla dimissione;
- essere prestata da un infermiere qualificato e registrato nel Paese in cui il minore riceve il servizio.

Può usare questa prestazione di "Assistenza infermieristica domiciliare per i bambini" quando la prestazione più generica di "Assistenza infermieristica domiciliare" non si applica al suo caso specifico o ne ha già esaurito tutto il credito disponibile. Quando si inoltra la richiesta di rimborso, la fattura in allegato deve essere correttamente datata.

Certificato di assicurazione

Documento da noi rilasciato che riporta i dati della copertura e che conferma la sua sottoscrizione 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 bariatrica

Interventi chirurgici volti alla perdita di peso per necessità mediche. Sono incluse tutte le valutazioni pre e post-operatorie, visite e consulti successivi per eventuali complicazioni, fino al massimale della prestazione. Gli unici interventi chirurgici coperti sono il bypass gastrico, la gastrectomia a manica, la diversione biliopancreatica (con o senza switch duodenale) e il bendaggio gastrico regolabile in silicone per via laparoscopica. Per essere coperti si deve:

- avere un indice di massa corporea (IMC) pari o superiore a 40, oppure compreso tra 35 e 40, oltre a due delle seguenti diagnosi che potrebbero essere migliorate con la perdita di peso: ipertensione, diabete mellito di tipo 2, ipercolesterolemia, cardiopatia ischemica;
- avere precedentemente provato tutte le soluzioni non chirurgiche del caso, senza però essere riusciti a ottenere o mantenere una perdita di peso adeguata e clinicamente rilevante per almeno un anno. Sarà necessario fornire al nostro team medico prova dei vari tentativi di perdita di peso, di aver rispettato la dieta e di aver fatto regolare esercizio fisico;
- aver ricevuto o stare per ricevere un trattamento intensivo presso un servizio specializzato in obesità. Ci riserviamo il diritto di determinare se una clinica per l'obesità/un chirurgo bariatrico si qualifichi come servizio specializzato in obesità;

- essere consapevoli e d'accordo alla necessità per un lungo periodo di visite di controllo e supervisione.

Ci riserviamo il diritto di rifiutare la copertura per la chirurgia bariatrica qualora la ritenessimo non necessaria da un punto di vista medico.

Eventuali complicanze sono coperte solo se il primo intervento di chirurgia bariatrica è avvenuto durante la copertura di questa polizza. Interventi chirurgici/trattamenti con palloncino gastrico, sistemi di blocco del nervo vago o altre procedure chirurgiche non elencate sopra non sono coperti.

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 Health & Life SA (l'assicuratore).

Complicanze del parto

Costi che si rendono necessari a causa di complicanze del parto. Se il suo programma include anche la prestazione "Maternità" o "Copertura del parto e cure del neonato", allora "Complicanze del parto" include il parto cesareo necessario dal punto di vista medico.

Complicanze della gravidanza

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

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.

Consulenza post parto

Contributo per i costi della consulenza post parto, da ricevere entro 12 mesi dalla data in cui è nato il bambino. Per accedere a questa prestazione, deve essere assicurato nel momento in cui nasce il suo bambino e in cui accede al counseling. Il professionista che fornisce il counseling deve essere qualificato e abilitato alla professione nel Paese in cui accede al servizio. Quando si inoltra la richiesta di rimborso, la fattura in allegato deve essere correttamente datata.

Consultazione sull'allattamento al seno

Fornisce un contributo sui costi del consulto con un consulente qualificato sull'allattamento al seno. Quando si inoltra la richiesta di rimborso, la fattura in allegato deve essere correttamente datata. Questa prestazione è solo per le madri assicurate che usufruiscono del servizio.

Continuazione di condizioni particolari

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

Continuazione di condizioni particolari (da moratoria)

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

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

Continuazione, nella polizza che acquista da noi, delle stesse condizioni particolari derivanti dalla valutazione completa dello stato di salute che aveva nella sua polizza precedente,

acquistata da un'altra compagnia assicurativa. La copertura fornita dalla polizza acquistata da noi sarà tuttavia soggetta alle prestazioni del suo programma e ai nostri termini e condizioni di polizza.

Corso di primo soccorso

Contributo per un corso di primo soccorso per genitori assicurati che hanno un figlio assicurato come familiare a carico. Per accedere alla copertura di questa prestazione, entrambi i genitori devono essere già assicurati nel periodo in cui frequentano il corso e il corso deve essere tenuto da professionisti qualificati e abilitati. Si può richiedere il rimborso per questa prestazione una volta per Anno assicurativo. Quando si inoltra la richiesta di rimborso, la fattura in allegato deve essere correttamente datata.

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 24.900 £ / 30.000 € / 40.500 US\$ / 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 un Programma fuori ricovero, questo coprirà le spese mediche eccedenti il massimale della prestazione "Cure d'emergenza fuori ricovero" (fino al massimale e entro i termini e le condizioni del Programma fuori ricovero).

Cure parodontali

Trattamenti dentali correlati ai disturbi gengivali.

Cure per i disturbi dell'alimentazione

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

Copriamo queste cure quando sono prestate in regime di ricovero o day-hospital e solo se includono la prescrizione di farmaci per il trattamento del disturbo.

A seconda del suo programma, Lei potrebbe avere anche copertura per ricevere le stesse cure fuori ricovero, ma in questo caso è necessario avere l'impegnativa del medico per accedere alla copertura; inoltre, la copertura è inizialmente limitata a 10 sedute per disturbo. Dopo ogni 10 sedute, uno psichiatra deve valutare il progresso del trattamento e, se sedute aggiuntive sono necessarie a quel punto, 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). Legga l'Elenco delle prestazioni per verificare se si applicano massimali alla prestazione. Le spese di ingresso, soggiorno e cure in day-hospital in centri educativi specializzati non sono coperte.

Cure per l'HIV o l'AIDS

Visite mediche, analisi e cure in regime di ricovero e ambulatoriali correlate ad una diagnosi di Virus dell'Immunodeficienza Umana (HIV) o Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS).

Se questa prestazione 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 gli espatriati. 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.

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.

Esame audiometrico infantile

Contributo per i servizi di uno specialista dell'udito che sia abilitato nel Paese in cui l'esame viene effettuato. La prestazione è per minori di 16 anni che siano già assicurati nel momento di

sottoporsi all'esame audiometrico. Quando si inoltra la richiesta di rimborso, la fattura in allegato deve essere correttamente datata.

Esami pre-ricovero ospedaliero

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

Evacuazione medica

Si effettua quando:

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

In tal caso la evacueremo al centro medico idoneo più vicino (che potrebbe essere o no nel suo Paese di origine) tramite ambulanza, elicottero o aereo. L'evacuazione 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 regime di 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 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 Rolwing, 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, dovrà inviarci un certificato medico che ci informi sul progresso della terapia dopo ogni ciclo di 12 sedute e che indichi la necessità dal punto di vista medico di continuare il trattamento. La fisioterapia non include il Rolwing, i massaggi, il metodo Pilates, il metodo Milta e la fangoterapia.

Franchigia

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

Se previste dal suo programma, le franchigie si possono applicare a ogni prestazione e 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.

Indennità di ricovero

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

Indennità per morte accidentale

Corrisponde ad una cifra indicata nell'Elenco delle prestazioni che pagheremo se l'assicurato (di età compresa tra i 18 e i 70 anni), a causa di un incidente (infortunio sul lavoro incluso) avvenuto durante il periodo di vigenza della sua assicurazione, viene a mancare entro 365 giorni dalla data dell'incidente.

Infortunio

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

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).

Logopedia e terapia del linguaggio per i bambini

Contributo per il trattamento della dislessia e disprassia nei minori di 16 anni, dispensato da un medico o da un logopedista (abilitato nel Paese in cui il minore riceve il trattamento). Per accedere alla copertura di questa prestazione, il minore deve essere già assicurato al momento in cui si sottopone al trattamento. Questa prestazione è limitata esclusivamente al trattamento della dislessia e della disprassia. Quando si inoltra la richiesta di rimborso, la fattura in allegato deve essere correttamente datata.

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 e i bendaggi 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.

Moratoria

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

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.

Opinione generale

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

Opinione medica

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

Ortodonzia

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

Criteri di necessità medica:

- overjet aumentato maggiore di 6 mm, ma minore o uguale a 9 mm;
- overjet negativo maggiore di 3,5 mm, ma senza difficoltà masticatorie o di linguaggio;
- crossbite anteriore e posteriore con discrepanze maggiori di 2 mm tra la posizione retrusa di contatto e la massima intercuspidazione;
- 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 inviarci 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, i centri di benessere e salute.

Paese di origine

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

Paese principale di residenza

Paese in cui, durante la durata della polizza, Lei e i suoi familiari a carico (se inclusi nella polizza) vivete per più di sei mesi dell'Anno assicurativo.

Parto

Costi che si rendono necessari durante il parto, includendo i costi di ricovero, gli onorari degli specialisti, 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 "Parto"). 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".

Patologia acuta

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

Patologie congenite

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

Patologie croniche

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

Patologie di cui uno o più sintomi si sono manifestati nel corso della sua vita o di quella di uno dei suoi familiari a carico, indipendentemente dal fatto che 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.

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

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

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

Le patologie preesistenti che si manifestano nel periodo sopra indicato sono soggette alla procedura di valutazione dello stato di salute e, se non le dichiara, non saranno coperte.

Consulti la sezione "Note" del suo Elenco delle prestazioni per confermare se le patologie preesistenti sono coperte dalla sua polizza.

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

Le patologie preesistenti non saranno coperte se, entro il periodo di 24 mesi precedente la data di inizio della sua polizza (o la data indicata nel suo Certificato di assicurazione), si verifica una o più delle seguenti condizioni:

- era plausibile prevedere che la patologia si sarebbe manifestata dopo la data di inizio della sua copertura;
- la patologia si è chiaramente manifestata mostrando segni o sintomi, oppure richiedendo cure, esami o farmaci;
- era a conoscenza di avere questa patologia.

A conclusione del periodo di carenza di 24 mesi, le patologie preesistenti potrebbero diventare coperte dalla sua polizza a condizione che Lei non abbia avuto sintomi, non si sia sottoposto a cure mediche, non abbia assunto farmaci, non abbia seguito una dieta speciale o altre indicazioni mediche, o abbia avuto qualsiasi altro segno della patologia preesistente. Se durante il periodo di carenza di 24 mesi si manifestano sintomi, riceve o ha bisogno di cure, farmaci, una dieta o consigli speciali o si presentano altre indicazioni di una qualsiasi patologia, il periodo di carenza per quella patologia preesistente comincerà daccapo (la moratoria non sarà interrotta).

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.

Pilates o yoga per gestanti

Contributo ai costi per lezioni di Yoga o Pilates frequentate dalla persona assicurata durante la gravidanza e impartite da un istruttore qualificato. Quando si inoltra la richiesta di rimborso, la fattura in allegato deve essere correttamente datata. Le rimborseremo solo le lezioni che ha frequentato durante la gravidanza.

Podologia

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

Polizza con valutazione completa dello stato di salute

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

Polizze con moratoria

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

Polizze con valutazione completa dello stato di salute

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

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 al Paese d'origine della persona assicurata. Se il decesso avviene nel Paese d'origine dell'assicurato, è coperto il trasporto della salma al luogo di sepoltura o cremazione; oppure è coperto il trasporto verso un altro Paese d'origine nel caso in cui ne esista più di uno. Fra le spese coperte sono incluse: quelle relative all'imbalsamazione e all'acquisto di una bara per il trasporto conforme ai criteri di idoneità previsti dalla legge, i costi di spedizione

e le necessarie autorizzazioni governative. Eventuali costi di cremazione vengono coperti solo se la cremazione è necessaria per motivi legali. Dalla copertura sono escluse le spese relative a eventuali accompagnatori, a meno che queste non siano contemplate nell'Elenco delle prestazioni come una prestazione indipendente.

Rimpatrio sanitario

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

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

Scoperto

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

Sindrome delle apnee del sonno

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

Spese della famiglia alla nascita di un bambino

Contributo per le spese che potrebbe dover sostenere quando in viaggio per raggiungere sua moglie/la sua compagna quando ricoverata in ospedale per la nascita di un bambino:

- spese per l'alloggio in hotel;
- le sue spese per il viaggio da casa all'ospedale;
- il costo di una babysitter professionista per il tempo in cui Lei si trova in visita all'ospedale;
- le spese di parcheggio dell'auto per il tempo in cui Lei si trova in visita all'ospedale.

Il contributo è solo per:

- il giorno della nascita del bambino;
- il giorno prima della nascita del bambino;
- il giorno dopo la nascita del bambino.

Per accedere a questa prestazione, deve essere già assicurato nelle date in cui sostiene le spese di cui sopra. Quando inoltra la richiesta di rimborso, deve allegare le fatture datate per ciascuna spesa di cui reclama il rimborso.

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

Prestazione compresa solamente nel Programma delle Isole del Canale. Se l'assicurato necessita di trattamenti in day-hospital, di controlli post-operatori in regime ambulatoriale o di trattamenti in ricovero ospedaliero per i quali è coperto dal programma, e se il medico curante conferma per iscritto la necessità medica del suo trasferimento ad un'altra delle Isole del Canale, al Regno Unito o in Francia per ricevere le cure richieste, verranno coperte, nei limiti del massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni, le spese affrontate per il viaggio di andata e ritorno. È necessario ottenere dal Ministero della Sanità la conferma scritta che l'assicurato non ha diritto a un'indennità di viaggio e scorta. Le spese di viaggio coperte da questa prestazione sono le seguenti:

- tariffe aeree standard per spostarsi da una delle Isole del Canale a un'altra del medesimo arcipelago, o al Regno Unito o in Francia;
- biglietti standard per treno, metropolitana e autobus;
- viaggi in taxi per un importo massimo di 25 £ / 30 €;
- spese di viaggio affrontate da un genitore per accompagnare un figlio minore di 18 anni, fino al massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni;
- contributo di 125 £ / 150 € per viaggio per coprire le spese di assistenza infermieristica richiesta durante il tragitto, se necessario per motivi medici.

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 di una persona assicurata 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 o sorelle (inclusi fratellastri, sorellastre e cognati), i figli (inclusi i figli adottivi, i figli in affidò e i figliastri), generi o nuore, i nonni o i nipoti.

Consideriamo **costi di trasporto ragionevoli** i costi di trasporto (andata e ritorno) in classe economica. Per richiedere il rimborso per questa prestazione, bisogna inoltrare un certificato di morte o un certificato del medico che giustifichi la necessità di compiere il viaggio, oltre alla copia dei biglietti aerei. Le spese di alloggio in hotel ed altre spese correlate non sono coperte.

Spese di viaggio 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 l'evacuazione/il rimpatrio è cominciata/o.

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

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

Supporto familiare

Sono incluse le spese per: pilates o yoga per gestanti, consultazione sull'allattamento al seno, consulenza post parto, esame audiometrico infantile, spese della famiglia alla nascita di un bambino, logopedia e terapia del linguaggio per i bambini (per il trattamento di dislessia e disgrafia) e

corso di primo soccorso per genitori con figli assicurati come familiari a carico.

Sussidio per maternità/paternità

Questa prestazione è valida solamente per il Programma delle Isole del Canale e garantisce il versamento di una somma prestabilita a ciascun genitore coperto da una nostra polizza, in seguito alla nascita di un figlio a carico. Il sussidio viene retribuito solo quando il trattamento medico viene fornito gratuitamente. L'importo del sussidio è indicato nell'Elenco delle prestazioni. Per richiedere il sussidio per maternità/paternità, l'assicurato deve inviarci entro tre mesi dalla nascita del bambino una copia del certificato di nascita. Per avere diritto a questa prestazione, la madre e/o il padre del neonato devono risultare coperti da un Programma delle Isole del Canale da almeno 10 mesi consecutivi precedenti la nascita.

Terapeuta

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

Terapia occupazionale

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

- capacità grossomotorie e motricità fine (quali compiere movimenti piccoli e precisi, o movimenti che coinvolgono tutto il corpo);

- integrazione sensoriale (come il cervello organizza una risposta ai sensi);
- coordinazione, equilibrio e altre attività tra cui vestirsi, mangiare, lavarsi e pettinarsi.

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

Terapia 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

Assicurato principale della polizza nominato nel Certificato di assicurazione.

Trapianto di organi

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

Trattamenti di medicina alternativa

Terapie e 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.

Trattamenti per la dipendenza da alcool o droghe

Questa prestazione offre un contributo per il trattamento contro la dipendenza dall'alcool o droghe in una struttura accreditata, inteso per i figli a carico del titolare della polizza. Il trattamento deve essere prescritto e può includere la disintossicazione, i farmaci, la terapia e il counseling. Per poter accedere alla copertura, il minore deve essere assicurato al momento in cui si sottopone al trattamento.

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 oculistico a mezzo laser

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

Trattamento ortomolecolare

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

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 24.900 £ / 30.000 € / 40.500 US\$ / 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).

Trattamento post-ricovero

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

Trattamento preventivo

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

Vaccinazioni

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

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

*Il vaccino del Covid-19 è coperto quando:

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

Copriamo le spese ragionevoli 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.

Valutazione per l'attività fisica

Contributo per la valutazione dell'attività fisica, inteso per il titolare della polizza e per il suo coniuge/partner assicurato. La prestazione include la valutazione della salute cardiovascolare, la forza generale del corpo e la resistenza, il test VO2max e i programmi di esercizi prescritti per raggiungere determinati obiettivi di fitness. Questa prestazione è disponibile solo se la valutazione viene effettuata sotto la diretta supervisione di un medico qualificato nel Paese in cui si svolge. Per accedere a questa prestazione, deve essere assicurato al momento in cui si sottopone alla valutazione. Quando si inoltra la richiesta di rimborso, la fattura in allegato deve essere correttamente datata.

Visite di controllo della salute e test di prevenzione di malattie tra cui gli screening per la diagnosi precoce di patologie e malattie

Visite di controllo, test e analisi di routine 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.

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.

) Le seguenti esclusioni e limitazioni si applicano ai nostri programmi assicurativi, quando non diversamente specificato:

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.

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 roncopia 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 (odontoatria) ed i procedimenti relativi alla loro applicazione.

INDENNITÀ PER MORTE ACCIDENTALE

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

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

viaggio (questa condizione si applica all'assicurato indipendentemente dalla sua nazionalità);

- viaggio o permanenza per un periodo superiore a 28 giorni in un Paese o in un'area in cui il Governo britannico abbia sconsigliato qualsiasi tipo di viaggio che non sia essenziale.

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

- essere sotto l'effetto di droghe o bevande alcoliche;
- decesso verificatosi oltre 365 giorni dopo l'incidente che lo ha provocato;
- esposizione deliberata al pericolo, eccetto nei casi in cui si tenti di salvare una vita umana;
- inalazione/ingestione intenzionale di gas/veleni o altre droghe proibite dalla legge;
- Volo in aeronave (elicotteri inclusi), eccetto nel caso in cui l'assicurato sia un passeggero e il pilota sia in possesso di regolare licenza, oppure l'assicurato sia un pilota militare e abbia presentato un piano di volo, ove richiesto dalle normative locali.
- partecipazione attiva a sport o attività estremi o praticati a livello professionale, quali ad esempio:
 - sport che si praticano in montagna come la discesa in corda doppia, alpinismo e corse di qualsiasi tipo (a parte la corsa a piedi);
 - sport che si praticano sulla neve come il bob, lo slittino, l'alpinismo, lo skeleton, lo sci e lo snowboard fuori pista;
 - sport equestri come la caccia a cavallo, il salto equestre, il polo, il salto ad ostacoli o le corse a cavallo di qualsiasi tipo;
 - sport che si praticano nell'acqua come l'esplorazione di caverne sommerse o l'immersione in grotta, l'immersione subacquea a più di 10 metri di profondità, i tuffi da grandi altezze, il rafting in acque bianche e il torrentismo;
 - sport motoristici come le corse automobilistiche, motociclistiche e in quad bike;
 - sport di lotta;

- sport aerei, quali ad esempio il volo in ultraleggero, in mongolfiera, in deltaplano, in parapendio, il parasailing ed i lanci in paracadute;
- altri sport pericolosi come il bungee jumping.

INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA

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

LESIONI O MALATTIE CAUSATE DA ATTIVITÀ SPORTIVE A LIVELLO PROFESSIONALE O ESTREME, O ATTIVITÀ PERICOLOSE

Richieste di rimborso conseguenti alla partecipazione a sport o attività estremi o praticati a livello professionale, quali ad esempio:

- base jumping;
- tombstoning;
- cliff jumping;
- alpinismo ad altitudini superiori ai 3.000 metri;
- arrampicata su roccia;
- parapendio;
- potholing (esplorazione di grotte);
- gare di sport motoristici, inclusi motocross e dirt bike;
- bull riding o bull running;
- parkour;
- immersioni subacquee a profondità superiori di 30 metri;
- sci fuori pista.

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.

Disforia di genere

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

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.

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

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

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;

Questi prodotti sono esclusi anche se raccomandati e/o prescritti da un medico o riconosciuti come aventi effetti terapeutici.

Per il Programma delle Isole del Canale, questa esclusione si estende anche al periodo della gravidanza.

RITARDO DELLO SVILUPPO

Ritardo dello sviluppo cognitivo o fisico, 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.

STERILIZZAZIONE, DISFUNZIONI SESSUALI E CONTRACCEZIONE

Test, trattamenti, cure e complicanze derivanti da:

- sterilizzazione;
- disfunzioni sessuali (salvo quando la patologia del caso sia il risultato di una prostatectomia radicale conseguente a chirurgia oncologica);
- contraccezione (inclusa l'applicazione o la rimozione di dispositivi di contraccezione e/o di qualsiasi tipo di contraccettivo in genere, a meno che non siano prescritti per motivi medici che non hanno a che fare con il controllo delle nascite).

Per il Programma delle Isole del Canale, questa esclusione si estende anche ai trattamenti contro la sterilità.

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, tranne quando fanno parte di un pacchetto di screening sanitario o al paziente è stato precedentemente diagnosticato un cancro del tipo in questione (in questi casi, 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).

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:

- complicanze della gravidanza;
- 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 per la fertilità;
- 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, copertura del parto e cure del neonato, complicanze del parto;

- 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 di una persona assicurata 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 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.

TRATTAMENTO ORTOMOLECOLARE

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

TRATTAMENTO PER LA FERTILITÀ

Trattamento per la fertilità (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 per la fertilità" 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). Queste eccezioni non si applicano se ha un

Programma per le Isole del Canale, per i quali le procedure non invasive per determinare la causa dell'infertilità sono escluse.

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.

b) Le seguenti esclusioni si applicano a tutti i programmi, eccezion fatta per il Programma delle Isole del Canale – per questo programma si applicano le esclusioni alla clausola c):

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.

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

Le patologie preesistenti (patologie croniche preesistenti incluse) non sono coperte se:

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

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

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

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

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

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

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".

c) Le seguenti esclusioni si applicano esclusivamente al Programma delle Isole del Canale:

HIV

Infezione da virus dell'immunodeficienza umana, AIDS o patologie psichiatriche associate.

INDENNITÀ PER LE SPESE DI VIAGGIO

Le spese di viaggio non saranno rimborsate quando:

- risultano eccessive rispetto alle tariffe standard;
- sono effettuate da un genitore che accompagna un paziente maggiore di 18 anni;
- si riferiscono a costi correlati al viaggio (ad esempio: sistemazione in albergo e vitto);
- sono coperte dal Ministero della Sanità;
- sono richieste in riferimento a un trattamento che non è coperto dal proprio programma;
- si riferiscono ad un viaggio che non è stato consigliato dal proprio medico;
- non sono state previamente approvate da noi.

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI, PROTESI DENTALI, CURE PARODONTALI E ORTODONTICHE

Gli interventi chirurgici odontoiatrici, protesi dentali, cure parodontali e ortodontiche, eccezion fatta per le cure dentali descritte nella definizione relativa.

MEDICINALI E MATERIALE SANITARIO CON PRESCRIZIONE

I medicinali e le fasciature, eccetto quando prescritti durante il ricovero in ospedale o per trattamenti in day-hospital.

PATOLOGIE CRONICHE

Le patologie croniche, eccezion fatta per i trattamenti a breve termine necessari in caso di attacchi acuti di una patologia cronica, con l'intento di riportare il paziente nello stato di salute in cui si trovava immediatamente prima dell'attacco in questione o per garantire il pieno recupero. Prima di sostenere eventuali spese mediche relative a patologie croniche, contattare l'Helpline per verificare il livello di copertura nelle specifiche circostanze del caso.

PATOLOGIE PREESISTENTI

SPESE DI VIAGGIO

Le spese di viaggio affrontate per sottoporsi a visite mediche fuori ricovero, eccezion fatta per eventuali visite post-intervento che non possano essere effettuate in loco da un medico.

SPESE DI VIAGGIO QUANDO IL TRATTAMENTO È DISPONIBILE IN LOCO

Le spese di viaggio affrontate per spostarsi da una delle Isole del Canale ad un'altra, al Regno Unito o in Francia per ricevere trattamenti in ricovero o in day-hospital, quando localmente è disponibile il trattamento richiesto o un trattamento ad esso alternativo. Tuttavia, le spese mediche affrontate verranno rimborsate nei limiti previsti dalla polizza.

TRAPIANTO DI ORGANI

Ci contatti pure – siamo qui per aiutarla!

Per maggiori informazioni, non esiti a contattarci.

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

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

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

Se non riesce a chiamare questi numeri dal telefono cellulare, usi i numeri dell'Helpline indicati sopra. Le chiamate alla nostra Helpline vengono registrate e potrebbero essere monitorate a fini regolamentari, di formazione del personale e controllo qualità. Solamente il titolare della polizza (o una persona da lui autorizzata) può richiedere cambi nella polizza. Per questa ragione, alle persone che chiamano l'Helpline vengono poste delle domande di sicurezza per verificare la loro identità.

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



CI CONTATTI

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

www.allianzcare.com/it.html

È stata utile questa guida?

Risponda al nostro
veloce sondaggio



www.facebook.com/AllianzCare

www.linkedin.com/company/allianz-care

www.youtube.com/c/allianzcare

www.instagram.com/allianzcare/

x.com/AllianzCare

www.tiktok.com/@allianzcare

Il presente documento è una traduzione in italiano del documento in lingua inglese. Il testo in inglese è l'unico originale e con valore legale. Se eventuali discrepanze dovessero emergere tra la versione in italiano e la versione in inglese, quest'ultima sarà l'unica a dover essere considerata legalmente vincolante. AWP Health & Life SA è soggetta alla regolazione dell'autorità francese di vigilanza prudenziale (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution), con sede all'indirizzo 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Parigi Cedex 09, Francia.

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.