



Programmi di copertura sanitaria

Guida alle prestazioni – Polizza individuale

Valida dal 1° novembre 2015

Allianz 
Allianz Worldwide Care

La polizza di copertura sanitaria

Questa polizza di copertura sanitaria è un contratto annuale tra Allianz Worldwide Care e l'assicurato nominato nel Certificato di assicurazione. Il contratto assicurativo è costituito dall'insieme dei seguenti documenti:

- la presente **Guida alle prestazioni**, che descrive le prestazioni incluse nella copertura e i termini e le condizioni della polizza. La presente Guida alle prestazioni deve essere letta unitamente al Certificato di assicurazione e all'Elenco delle prestazioni;
- il **Certificato di assicurazione**, in cui si indica il programma scelto, l'area geografica di copertura selezionata, la data di inizio e di rinnovo della polizza, così come la data di inizio della copertura di eventuali familiari a carico (se inclusi nella polizza). Nel Certificato di assicurazione si indicano anche eventuali condizioni speciali che potrebbero applicarsi in maniera esclusiva alla copertura dell'assicurato (e che vengono comunicate all'assicurato prima della stipula del contratto, attraverso l'emissione di un documento di Condizioni speciali). Un nuovo Certificato di assicurazione aggiornato viene rilasciato all'assicurato ogni volta che questi richiede e ottiene di effettuare cambi, come l'inclusione in copertura di un nuovo familiare a carico, o ogni volta che la compagnia assicurativa effettua cambi nella copertura;
- l'**Elenco delle prestazioni**, che offre una panoramica del programma selezionato ed elenca le prestazioni coperte. In questo documento si indicano quali prestazioni sono soggette a Garanzia di pagamento, a massimali, a periodi di carenza, a franchigie e/o a scoperti;
- le **informazioni fornite ad Allianz Worldwide Care** attraverso la compilazione del Modulo di sottoscrizione, del Modulo di sottoscrizione online o della Dichiarazione sullo stato di salute (da qui in avanti indicati come "moduli di sottoscrizione rilevanti"), oltre a tutte le altre informazioni mediche di supporto fornite dall'assicurato o in nome dell'assicurato alla compagnia assicurativa.

Il presente documento è una traduzione in italiano del documento "Individual Benefit Guide" 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. Allianz Worldwide Care SA è soggetta alla regolazione dell'autorità francese di vigilanza prudenziale (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) ubicata all'indirizzo: 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, Francia. Allianz Worldwide Care SA è una società a responsabilità limitata soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances") e opera sul mercato attraverso la sua filiale irlandese. Compagnia registrata in Francia con il numero: 401 154 679 RCS Parigi. La filiale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda, con il numero: 907619, all'indirizzo: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda.

Indice

Descrizione della copertura	2-4
Definizioni	5-15
Esclusioni	16-23
Ulteriori termini e condizioni di polizza	24-28
Informazioni generali	29-40
Guida rapida	Sezione staccabile
• Come accedere all'assistenza sanitaria	
• Servizi utili	
• Recapiti	

Descrizione della copertura

Panoramica

Nell'Elenco delle prestazioni dell'assicurato si indica il programma da lui selezionato e si fornisce una lista di tutte le prestazioni coperte dalla sua polizza. Le definizioni che spiegano cosa è effettivamente coperto da ciascuna prestazione inclusa nell'Elenco delle prestazioni appaiono nel capitolo "Definizioni" della presente guida. Si fa notare che detto capitolo è generico e include le definizioni di tutte le prestazioni generalmente coperte dai programmi di Allianz Worldwide Care: ciò non implica che tutte le prestazioni menzionate nel capitolo "Definizioni" siano necessariamente coperte dalla polizza dell'assicurato. La copertura è, infatti, soggetta alle definizioni, esclusioni, massimali ed eventuali condizioni speciali indicate nel Certificato di assicurazione dell'assicurato. Per maggiori informazioni, non esiti a chiamare l'Helpline.

Per favore, presti attenzione ai paragrafi che seguono:

Limiti delle prestazioni

L'Elenco delle prestazioni prevede due differenti massimali. Il **massimale del programma**, che si trova solo in alcuni programmi, rappresenta la cifra complessiva che la compagnia si impegna a rimborsare per assicurato e per anno assicurativo, con riferimento alla totalità delle prestazioni comprese nella copertura. Alcune prestazioni incluse nella copertura possono poi avere uno specifico **massimale di prestazione**, che può essere calcolato "per Anno assicurativo", "per durata della vita" o "per evento" (ad esempio: per viaggio, per visita medica o per gravidanza). In alcuni casi il massimale di prestazione indica che solo una percentuale dei costi è rimborsabile (ad esempio: 65% di rimborso, fino a 4.150 £ / 5.000 € / 6.750 US\$ / 6.500 CHF). Quando una prestazione è soggetta ad un massimale di prestazione, o ancora quando è soggetta a rimborso completo ("100%"), rimane comunque limitata al massimale del programma, sempre che il programma scelto ne preveda uno. Tutti i massimali sono intesi per assicurato e per Anno assicurativo, se non si specifica diversamente nel proprio Elenco delle prestazioni.



In caso di parti gemellari risultanti da terapie per il trattamento contro la sterilità, eventuali cure in regime di ricovero necessarie per i neonati verranno coperte fino a un massimo di 24.900 £ / 30.000 € / 40.500 US\$ / 39.000 CHF per neonato e per i primi tre mesi di vita. I trattamenti fuori ricovero sono coperti dal Programma fuori ricovero.

Se il programma dell'assicurato comprende prestazioni relative alla maternità, queste appaiono nell'Elenco delle prestazioni, dove si indicano anche eventuali massimali e periodi di carenza applicabili. I massimali applicabili alla prestazione "Maternità" e alla prestazione "Complicanze del parto" sono normalmente calcolati "a gravidanza" o "ad Anno assicurativo" (consultare l'Elenco delle prestazioni per verificare che tipo di massimale si applica a queste prestazioni, se incluse nel proprio programma). Se il massimale della prestazione "Maternità" si applica "a gravidanza" e se la gravidanza del caso inizia in un anno e termina nel seguente, nel caso in cui il massimale del secondo anno venga cambiato al rinnovo della polizza, si applica quanto segue:

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

Cambiare Paese di residenza

L'assicurato deve informare la compagnia assicurativa quando intende trasferire la propria residenza in un altro Paese, dal momento che il cambio di residenza potrebbe avere effetti sulla copertura o sul premio (anche se il Paese di destinazione è incluso nella propria area geografica di copertura). La copertura non sarà più valida se il nuovo Paese di residenza non si trova all'interno dell'area geografica di copertura selezionata.

Si noti che in alcuni Paesi vigono delle restrizioni legali in merito alla copertura medica, che si applicano soprattutto a coloro che sono permanentemente residenti nel Paese del caso. L'assicurato ha la responsabilità di accertarsi che la propria copertura sia appropriata per il Paese in cui va a vivere: si raccomanda di consultare in merito un consulente legale. La copertura fornita da Allianz Worldwide Care non è da acquistarsi in sostituzione della copertura assicurativa sanitaria obbligatoria in vigore in certi Paesi (ad esempio, per coloro che risiedono in Germania, questa copertura non è un sostituto legalmente appropriato dell'assicurazione obbligatoria tedesca).

Necessità medica e spese mediche consuetudinarie

Per essere coperti dalla polizza, i trattamenti e i servizi medici, il materiale sanitario e i costi correlati devono essere necessari per il paziente dal punto di vista medico e appropriati per trattare la sua patologia o lesione. Inoltre, le spese mediche vengono coperte quando sono appropriate e consuetudinarie per il tipo di trattamento offerto al paziente nel Paese del caso. Allianz Worldwide Care si riserva il diritto di ridurre l'ammontare del rimborso reclamato dall'assicurato qualora la tariffa applicata per un trattamento medico sia ritenuta inappropriata.

Patologie preesistenti

Le patologie preesistenti sono malattie o eventuali condizioni mediche da queste derivanti i cui sintomi hanno iniziato a manifestarsi durante la vita dell'assicurato, a prescindere dal fatto che siano state o meno diagnosticate da un medico. Tutte le patologie (e loro complicanze) manifestatesi durante il periodo descritto e di cui l'assicurato o i suoi familiari dovrebbero presumibilmente essere a conoscenza, vengono considerate preesistenti.

Le patologie preesistenti potrebbero essere coperte dalla polizza dell'assicurato o no: per verificarlo, consultare l'Elenco delle prestazioni. Le patologie preesistenti che non siano state dichiarate sul modulo di sottoscrizione rilevante non sono coperte dalla polizza. Le patologie che si manifestino nel periodo compreso tra la compilazione del modulo di sottoscrizione rilevante e l'inizio della copertura saranno parimenti considerate preesistenti, saranno soggette a valutazione dello stato di salute e, se non dichiarate, non verranno coperte.



Definizioni

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

- 1.1 **Acuto:** si riferisce a una crisi improvvisa.
- 1.2 **Anno assicurativo:** decorre dalla data apposta al Certificato di assicurazione e termina esattamente un anno dopo.
- 1.3 **Assicurato:** si riferisce a tutte le persone idonee alla copertura elencate nel Certificato di assicurazione.
- 1.4 **Assistenza infermieristica domiciliare o in convalscenziario:** assistenza infermieristica prestata subito dopo un trattamento in ricovero ospedaliero o in day-hospital, o in alternativa a questo. Questa prestazione, se compresa nell'Elenco delle prestazioni, verrà coperta solo se richiesta dal medico curante del paziente e concordata con il medico responsabile della compagnia: il soggiorno in convalscenziario o l'assistenza di un infermiere presso il domicilio devono essere da entrambi dichiarati medicalmente necessari. 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 (le informazioni in merito a queste due ultime prestazioni sono disponibili alle definizioni 1.83 e 1.89).
- 1.5 **Certificato di assicurazione:** documento rilasciato da Allianz Worldwide Care che riporta i dati della copertura. Il documento conferma l'esistenza di un contratto tra l'assicurato e la compagnia assicurativa.
- 1.6 **Chirurgia ambulatoriale:** interventi chirurgici eseguiti in un ambulatorio o struttura sanitaria ove non sia richiesto il ricovero notturno del paziente.
- 1.7 **Chirurgia dentale:** si riferisce all'estrazione chirurgica di denti o ad altro procedimento chirurgico dentale (ad esempio, l'apicectomia) e ai farmaci odontoiatrici prescritti. Tutte le procedure diagnostiche necessarie per stabilire la necessità della chirurgia dentale (ad esempio: radiografie, test di laboratorio, TAC e risonanza magnetica) sono coperte da questa prestazione. La chirurgia dentale non comprende eventuali trattamenti chirurgici relativi a impianti dentali.
- 1.8 **Chirurgia preventiva:** si riferisce alla mastectomia profilattica e all'ovariectomia profilattica. La copertura fornita da questa prestazione è disponibile quando:
 - a. esistono precedenti familiari diretti nella storia clinica dell'assicurata di malattie che siano parte di una sindrome del cancro ereditario come, ad esempio, il cancro al seno o alle ovaie; e;
 - b. i test genetici effettuati hanno dimostrato una sindrome del cancro ereditario.
- 1.9 **Compagnia:** Allianz Worldwide Care.
- 1.10 **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.

- 1.11 **Complicanze del parto:** si riferiscono unicamente alle seguenti condizioni che possono presentarsi durante il parto e che richiedono un intervento ostetrico specialistico: emorragia post-parto e mancata espulsione della membrana placentare. Le complicanze del parto sono coperte solo se il programma assicurativo include anche la prestazione "Maternità". Il parto cesareo, purché necessario da un punto di vista medico, rientra in questa prestazione solo se il programma assicurativo include anche la prestazione "Maternità".
- 1.12 **Costi di pernottamento in ospedale per un genitore che accompagna un figlio assicurato:** costi di pernottamento in ospedale per un genitore, durante tutto il periodo di ricovero del minore che riceve trattamenti coperti dalla polizza. Qualora non siano disponibili posti letto in ospedale per il genitore, la compagnia copre le spese equivalenti al costo per notte di una stanza in un hotel a tre stelle, indipendentemente da quali siano state le spese di pernottamento effettivamente sostenute. Non verranno comunque incluse spese varie quali, a titolo esplicativo e non esaustivo, i costi relativi a vitto, telefono o giornali. Consultare l'Elenco delle prestazioni per verificare se vigono limiti di età in riferimento al figlio ricoverato.
- 1.13 **Cure del neonato:** accertamenti medici di routine miranti a valutare l'integrità delle funzioni basilari degli organi e della struttura scheletrica del neonato. Gli accertamenti devono essere eseguiti immediatamente dopo la nascita. Dalla copertura sono escluse ulteriori procedure diagnostiche o preventive, quali tamponi faringei, test ematici e prove audiometriche. Qualsiasi trattamento o test ulteriore alle cure di base sarà coperto dalla polizza specifica del bambino. I trattamenti in regime di ricovero per i neonati frutto di parti gemellari conseguenti a trattamenti di riproduzione assistita sono coperti fino a un massimo di 24.900 £ / 30.000 € / 40.500 US\$ / 39.000 CHF per neonato per i primi tre mesi di vita. I trattamenti fuori ricovero, invece, sono coperti solo se inclusi nel Programma fuori ricovero (se selezionato).
- 1.14 **Cure d'emergenza al di fuori dell'area geografica di copertura:** questa prestazione copre le spese mediche che si dovessero rendere necessarie in una situazione di emergenza sanitaria, durante un viaggio di lavoro o vacanza in Paesi al di fuori dell'area geografica di copertura. La copertura viene fornita per un periodo massimo di sei settimane per viaggio, nei limiti del massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni. La prestazione copre non solo le emergenze in caso di incidente, ma anche l'improvvisa insorgenza o il riaccutizzarsi di una patologia grave che rappresenti un pericolo immediato per la salute dell'assicurato. Per essere coperte da questa prestazione, le cure mediche devono essere prestate da un medico generico o da uno specialista entro 24 ore dal verificarsi dell'emergenza. La prestazione non copre le visite di controllo e le cure che non siano di emergenza, anche quando il paziente non sia in condizione di trasferirsi in un Paese compreso nella propria area di copertura per ricevere trattamento. Le spese mediche relative alla maternità, alla gravidanza, al parto e alle complicanze della gravidanza o del parto non sono coperte da questa prestazione. Se l'assicurato desidera trascorrere un periodo superiore alle sei settimane fuori dalla propria area di copertura, deve informare Allianz Worldwide Care.
- 1.15 **Cure dentali:** includono il check-up dentistico annuale, le otturazioni, la cura della carie, il trattamento del canale della radice e i farmaci odontoiatrici prescritti.
- 1.16 **Cure dentali d'emergenza fuori ricovero:** cure ricevute in un ambulatorio dentistico o in un pronto soccorso ospedaliero per dare immediato sollievo al dolore ai denti causato da un incidente o da una lesione a denti naturali sani. Tra le cure dentali d'emergenza fuori ricovero si annoverano la pulpotomia o la pulpectomia e le conseguenti otturazioni temporanee (tre al massimo per Anno assicurativo). Le cure devono essere prestate entro 24 ore dal verificarsi dell'emergenza. La prestazione non copre le protesi dentali di qualsiasi tipo, le ricostruzioni permanenti e la continuazione del trattamento dei canali delle radici. Le spese mediche eccedenti il massimale della prestazione "Cure dentali d'emergenza fuori ricovero" sono coperte dal Programma di cure dentali, se l'azienda lo ha selezionato per la polizza dell'assicurato.
- 1.17 **Cure d'emergenza fuori ricovero:** trattamenti ricevuti in un pronto soccorso a seguito di incidente, infortunio o improvviso malessere per il quale l'assicurato non necessita di ricovero ospedaliero. Le cure devono essere prestate entro 24 ore dal verificarsi dell'emergenza. Le spese mediche eccedenti il massimale della prestazione "Cure d'emergenza fuori ricovero" sono coperte dal Programma fuori ricovero, se l'assicurato lo ha selezionato per la propria polizza.

- 1.18 **Cure dentali d'emergenza in regime di ricovero:** cure dentali di emergenza che si rendono necessarie a causa di un grave incidente o infortunio, tale da richiedere il ricovero ospedaliero. Le cure devono essere prestate entro 24 ore dal verificarsi dell'emergenza. Non vengono incluse in questa definizione le cure dentali di routine, gli interventi chirurgici odontoiatrici, le protesi dentali, i trattamenti ortodontici o le cure peridontali. Se tali prestazioni sono comprese nella copertura, queste verranno elencate separatamente nell'Elenco delle prestazioni.
- 1.19 **Cure in regime di ricovero:** cure ricevute in un ospedale dove si renda necessario il pernottamento.
- 1.20 **Cure peridontali:** trattamenti dentali correlati ai disturbi gengivali.
- 1.21 **Cure post-natali:** cure mediche di routine necessarie per la puerpera durante le sei settimane dopo il parto.
- 1.22 **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 analisi del DNA (se direttamente correlata all'amniocentesi coperta).
- 1.23 **Cure psichiatriche e psicoterapia:** trattamenti inerenti a disturbi mentali, effettuati da uno psichiatra o da uno psicologo clinico. Tali disturbi devono essere clinicamente significativi e non causati da eventi particolari, quali un lutto, problemi nel relazionarsi con gli altri, problemi accademici, di integrazione culturale o stress lavoro-correlato. Se le cure psichiatriche o la psicoterapia sono effettuate in ricovero o in day-hospital, devono includere anche i farmaci prescritti per la cura della patologia del caso. La psicoterapia in ricovero e fuori ricovero viene coperta solo quando la patologia del caso sia inizialmente diagnosticata da uno psichiatra e poi sottoposta all'attenzione specifica di uno psicologo clinico che amministra la cura dietro impegnativa dello psichiatra. Se inclusa nel programma assicurativo, la psicoterapia fuori ricovero è inizialmente coperta fino a un massimo di 10 sedute per patologia, al termine delle quali lo psichiatra che ha firmato l'impegnativa deve analizzare nuovamente la situazione del paziente. Nel caso in cui dovessero essere necessarie ulteriori sedute, il medico dovrà fornire ad Allianz Worldwide Care un certificato attestante la necessità medica di ulteriori trattamenti.
- 1.24 **Emergenza:** insorgenza di una condizione sanitaria improvvisa e imprevista che richiede assistenza medica urgente. Vengono coperte in qualità di cure d'emergenza solo quelle cure iniziate entro 24 ore dall'evento che le ha determinate.
- 1.25 **Evacuazione medica:** trasporto dell'assicurato a mezzo ambulanza, elicottero o aereo, al centro medico più vicino ed idoneo, qualora le cure necessarie coperte dal programma assicurativo non siano disponibili in loco o, in caso di emergenza, non vi sia disponibilità di sangue compatibile e di materiale trasfusionale. Il centro medico di destinazione potrebbe non essere situato nel Paese di origine dell'assicurato. L'evacuazione deve essere richiesta dal medico del paziente assicurato e viene gestita nel modo più economico possibile, ma nel pieno rispetto delle condizioni di salute dell'assicurato. Terminata la cura, all'assicurato evacuato che torni al proprio Paese di residenza principale viene rimborsato il costo del viaggio di ritorno in classe economica.

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

Se l'assicurato è stato evacuato al centro medico più appropriato e più vicino per ricevere **trattamenti prolungati**, verranno coperte le spese per l'alloggio in una stanza d'hotel con bagno. Il costo della stanza dovrà essere più economico dei successivi costi di trasporto dal centro medico al Paese principale di residenza. Le spese di sistemazione in hotel per un eventuale accompagnatore non sono incluse nella copertura.

Nell'eventualità in cui il sangue compatibile necessario per una trasfusione non sia disponibile in loco, Allianz Worldwide Care tenderà, ove opportuno e ove richiesto dal medico trattante, di reperire e trasportare sangue compatibile e attrezzature trasfusionali sterili. Si procederà all'operazione descritta anche nei casi

in cui tale provvedimento sia consigliato dal team di medici della compagnia. Allianz Worldwide Care e i suoi rappresentanti declinano ogni responsabilità nel caso in cui il tentativo di reperire l'occorrenza per la trasfusione sia infruttuoso o nel caso in cui i medici trattanti facciano uso di sangue o materiali non sterili.

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

- 1.26 **Familiare a carico:** coniuge o compagno/a (anche se dello stesso sesso) e/o figli non sposati (anche se figliastri, in adozione o in affidamento) di età inferiore a 18 anni o a 24 anni se studenti a tempo pieno, finanziariamente dipendenti dall'assicurato e indicati come familiari a carico sul Certificato di assicurazione.
- 1.27 **Farmaci da banco con prescrizione:** prodotti comprendenti, a titolo esplicativo e non esaustivo, insulina, aghi ipodermici e siringhe, prescritti da un medico per la cura di una patologia diagnosticata o per l'integrazione di sostanze basilari nell'organismo. Questi prodotti devono essere di comprovata efficacia per curare la condizione medica del paziente e devono essere approvati dalle normative farmacologiche del Paese in cui vengono prescritti. Per essere coperti, questi prodotti devono essere prescritti, anche se legalmente la prescrizione non è necessaria per acquistarli.
- 1.28 **Farmaci odontoiatrici prescritti:** farmaci prescritti da un dentista per il trattamento di un'infezione o infezione dentale. I medicinali prescritti devono essere di comprovata efficacia per curare la patologia del paziente e devono essere approvati dalle normative farmacologiche del Paese in cui sono prescritti. I farmaci odontoiatrici prescritti non includono collutori, prodotti al fluoruro, gel antisettici e dentifrici.
- 1.29 **Fisioterapia prescritta:** trattamento prescritto da un medico ed eseguito da un fisioterapista abilitato. La fisioterapia è inizialmente limitata a 12 sedute per patologia, in seguito alle quali viene richiesta un'ulteriore visita di controllo da parte del medico che ha richiesto la fisioterapia per il paziente. Laddove sedute supplementari siano necessarie, un certificato medico sul progresso della terapia dovrà essere inoltrato alla compagnia assicurativa ogni 12 sedute, per documentare che la continuazione della fisioterapia è necessaria dal punto di vista medico. La fisioterapia non include il Rolwing, i massaggi, il metodo Pilates, il metodo Milta e la fangoterapia.
- 1.30 **Fisioterapia (senza prescrizione medica):** trattamento eseguito da un fisioterapista abilitato senza impegnativa del medico curante. Se questa prestazione è inclusa nel proprio programma, la copertura è limitata al numero di sedute indicato nell'Elenco delle prestazioni. Se fosse necessario ricevere sedute aggiuntive a quelle indicate, sarà necessario presentare l'impegnativa del medico curante perché la copertura continui, dal momento che le sedute aggiuntive saranno coperte dalla prestazione separata chiamata "Fisioterapia (su prescrizione medica)". La fisioterapia (tanto prescritta, come nella combinazione di prescritta e non prescritta) è inizialmente limitata a 12 sedute per patologia, in seguito alle quali viene richiesta un'ulteriore visita di controllo. Nel caso in cui dovessero essere necessarie ulteriori sedute, il medico dovrà fornire ad Allianz Worldwide Care un certificato attestante la necessità medica di ulteriori trattamenti. La fisioterapia non include il Rolwing, i massaggi, i metodi Pilates, il metodo Milta e la fangoterapia.
- 1.31 **Franchigia:** importo fisso che rimane a carico dell'assicurato e che viene dedotto dalla cifra rimborsabile. Se l'assicurato ha selezionato una franchigia per la propria polizza, questa si applica a persona, ad Anno assicurativo, a meno che non sia indicato diversamente nell'Elenco delle prestazioni. Le franchigie possono applicarsi in maniera indipendente a un singolo programma, ad esempio al Programma principale, al Programma fuori ricovero, al Programma di cure dentali, al Programma della maternità o al Programma di rimpatrio sanitario – oppure possono applicarsi in maniera cumulativa alla combinazione di tutti i programmi scelti dall'assicurato.
- 1.32 **Gravidanza:** periodo compreso tra la data di diagnosi biologica dello stato di gravidanza e il parto.
- 1.33 **Indennità di ricovero:** importo pagato all'assicurato quando riceve gratuitamente delle prestazioni in ricovero coperte dalla polizza. L'indennità viene pagata per notte, fino al limite massimo di notti specificato nell'Elenco delle prestazioni, e viene liquidata solo dopo la dimissione dall'ospedale.

- 1.34 **Indennità per morte accidentale:** la cifra indicata nell'Elenco delle prestazioni verrà liquidata da Allianz Worldwide Care se l'assicurato (di età compresa tra i 18 e i 70 anni), durante il periodo di vigenza della sua assicurazione, viene a mancare in conseguenza di un incidente (infortunio sul lavoro incluso).
- 1.35 **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 oggettivamente definibili dal punto di vista medico, devono essere diagnosticabili e richiedere una terapia.
- 1.36 **Intervento chirurgico orale e maxillo-facciale:** intervento chirurgico operato da un chirurgo orale e maxillo-facciale in un ospedale, per il trattamento di: patologie del cavo orale, disfunzione dell'articolazione temporo-mandibolare, fratture delle ossa facciali, deformazione congenita della mascella, disfunzioni delle ghiandole salivari e tumori. L'estrazione chirurgica di denti inclusi e gli interventi di chirurgia ortognatica per la correzione della malocclusione, anche quando operati da un chirurgo orale e maxillo-facciale, non sono coperti se non è stato selezionato un Programma dentale.
- 1.37 **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 (es.: palatoschisi).
- 1.38 **Materiale e dispositivi chirurgici:** materiale necessario per un'operazione chirurgica, come parti del corpo artificiali o dispositivi quali materiali per l'artroplastica, viti e placche di fissaggio, protesi per la sostituzione di valvole cardiache, protesi endovascolari, defibrillatori impiantabili e stimolatori cardiaci.
- 1.39 **Maternità:** si riferisce ai costi che si rendono necessari durante il periodo di gravidanza e parto, tra cui i costi di ricovero, gli onorari degli specialisti, le cure pre e postnatali della madre, l'onorario dell'ostetrica (solamente per l'assistenza durante il parto) e le cure per il neonato. Le complicanze della gravidanza e le complicanze del parto non sono incluse in questa prestazione. Eventuali parti cesarei non necessari da un punto di vista medico verranno coperti solo fino ad una cifra massima corrispondente alla spesa standard per un parto naturale effettuato nello stesso ospedale (condizione soggetta ad eventuali limiti della prestazione). Se la prestazione "Parto domiciliare" è compresa nella propria copertura, verrà liquidata una somma forfetaria (indicata nell'Elenco delle prestazioni) in caso di parto effettuato nel proprio domicilio. I trattamenti in regime di ricovero per i neonati frutto di parti gemellari conseguenti a trattamenti di riproduzione assistita sono coperti fino a un massimo di 24.900 £ / 30.000 € / 40.500 US\$ / 39.000 CHF per neonato per i primi tre mesi di vita. I trattamenti fuori ricovero, invece, sono coperti solo se inclusi nel Programma fuori ricovero (se selezionato).
- 1.40 **Medicina alternativa:** terapie e trattamenti che esulano dalla medicina convenzionale dei Paesi occidentali. Vengono inclusi nella definizione solamente i trattamenti chiropratici, osteopatici ed omeopatici, la medicina naturale cinese (erbe), l'agopuntura e la podologia, se praticate da terapeuti autorizzati.
- 1.41 **Medicinali prescritti:** prodotti comprendenti, a titolo esplicativo e non esaustivo, insulina, aghi ipodermici e siringhe, acquistabili solo dietro presentazione di una ricetta medica per la cura di una patologia diagnosticata o per l'integrazione di sostanze basilari nell'organismo. I medicinali prescritti devono essere di comprovata efficacia per curare la condizione medica del paziente e devono essere approvati dalle normative farmacologiche del Paese in cui vengono prescritti.
- 1.42 **Medico generico:** dottore in medicina in possesso di regolare abilitazione alla professione nel Paese in cui la esercita, nei limiti previsti dalla stessa abilitazione.
- 1.43 **Medico specialista:** dottore in medicina abilitato all'esercizio della professione medica e in possesso di ulteriori qualifiche ed esperienza, tali da consentirgli l'esercizio di tecniche diagnostiche, terapeutiche e preventive in campi specifici della medicina. Gli psichiatri e gli psicologi non si considerano specialisti: se la copertura prevede trattamenti psichiatrici o sedute di psicologia, questi sono indicati nell'Elenco delle prestazioni come prestazioni separate.

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

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

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

1.45 **Obesità:** la diagnosi di obesità è applicabile agli individui il cui indice di massa corporea (IMC) risulti superiore a 30 (sul sito web www.allianzworldwidecare.com è disponibile un calcolatore dell'IMC).

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

1.47 **Oncologia:** si riferisce all'onorario di specialisti, al costo di test diagnostici, della radioterapia, della chemioterapia e alle spese ospedaliere relazionate alla cura delle patologie oncologiche fin dal momento della loro diagnosi. Questa prestazione copre anche il costo di una parrucca per i casi di perdita di capelli dovuta ad un trattamento contro il cancro.

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

1.49 **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.

1.50 **Onorario di medico generico:** costo di una prestazione non chirurgica fornita o gestita da un medico generico.

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

1.52 **Ortodonzia:** correzione della malocclusione e dell'allineamento dei denti per mezzo di apparecchi correttivi. La prestazione copre solamente i trattamenti di ortodonzia che prevedono l'uso di apparecchi fissi metallici standard o apparecchi rimovibili standard. Le protesi dentali cosmetiche come gli apparecchi linguali e gli allineatori invisibili sono coperti solo fino al massimale rappresentato dal costo normale degli apparecchi dentali metallici (soggetto al massimale della prestazione "Trattamenti ortodontici e protesi dentali").

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

1.54 **Paese di origine:** Paese di cui l'assicurato detiene un passaporto valido o Paese di residenza principale dell'assicurato.

- 1.55 **Paese principale di residenza:** Paese in cui l'assicurato e i suoi familiari vivono per più di sei mesi all'anno.
- 1.56 **Patologie croniche:** disturbi, malattie, lesioni, ferite o patologie aventi una o più delle seguenti caratteristiche:
- ricorrenza;
 - incurabilità;
 - scarsa reazione alle cure;
 - necessità per il paziente di ricorrere a trattamenti palliativi;
 - necessità per il paziente di frequenti e prolungati controlli medici;
 - invalidità permanente.

Le patologie croniche potrebbero essere coperte dalla polizza dell'assicurato o no: per verificarlo, consultare l'Elenco delle prestazioni.

- 1.57 **Patologie preesistenti:** malattie o eventuali condizioni mediche da queste derivanti i cui sintomi hanno iniziato a manifestarsi durante la vita dell'assicurato, a prescindere dal fatto che siano state o meno diagnosticate da un medico. Tutte le patologie (e loro complicanze) manifestatesi durante il periodo descritto e di cui l'assicurato o i suoi familiari dovrebbero presumibilmente essere a conoscenza, vengono considerate preesistenti. Le patologie che si manifestino nel periodo compreso tra la compilazione del modulo di sottoscrizione rilevante e l'inizio della copertura saranno parimenti considerate preesistenti, saranno soggette a valutazione dello stato di salute e, se non dichiarate, non verranno coperte. Le patologie preesistenti potrebbero essere coperte dalla polizza dell'assicurato o no: per verificarlo, consultare l'Elenco delle prestazioni.
- 1.58 **Periodo di carenza:** periodo decorrente dalla data di inizio della copertura (o data di entrata in vigore per i familiari a carico), durante il quale l'assicurato non ha diritto alla copertura di una determinata prestazione. Le prestazioni soggette a periodi di carenza vengono indicate nell'Elenco delle prestazioni.
- 1.59 **Persona assicurata:** la persona e i relativi familiari a carico elencati nel Certificato di assicurazione.
- 1.60 **Podologia:** trattamento clinicamente necessario, effettuato da un professionista in possesso di abilitazione statale e di specializzazione in podologia approvata dalla commissione di chiropratici del Council for the Professions Supplementary to Medicine (Consiglio per le professioni complementari alla medicina o CPSM). Il professionista in questione dovrà inoltre essere in possesso di un ulteriore riconoscimento fra quelli indicati di seguito: MChS (Member of The Society of Chiropractors & Podiatrists), FChS (Fellow of The Society of Chiropractors & Podiatrists) o FCPoS (Fellow of the College of Podiatrists of The Society of Chiropractors & Podiatrists).
- 1.61 **Precedenti familiari:** esistono quando a un genitore, a un nonno, a un fratello, a un figlio o a uno zio è stata precedentemente diagnosticata la patologia del caso.
- 1.62 **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.
- 1.63 **Protesi dentali:** corone, capsule, otturazioni, ricostruzioni adesive, restauri, ponti, dentiere ed impianti, nonché tutti i trattamenti supplementari necessari.
- 1.64 **Rimpatrio della salma:** trasporto della salma dal Paese principale di residenza a quello previsto per l'inumazione. Fra le spese coperte sono incluse, ad esempio, quelle relative all'imbalsamazione e all'acquisto di una bara per il trasporto conforme ai criteri di idoneità previsti dalla legge, i costi di spedizione e le necessarie autorizzazioni governative. Eventuali costi di cremazione vengono coperti solo se la cremazione è necessaria per motivi legali. Dalla copertura sono escluse le spese relative a eventuali accompagnatori, a meno che queste non siano contemplate nell'Elenco delle prestazioni come una prestazione indipendente.
- 1.65 **Rimpatrio sanitario:** prestazione opzionale che, ove prevista, viene indicata nell'Elenco delle prestazioni. Questa opzione consente all'assicurato, in caso di emergenza, di essere rimpatriato al proprio Paese di origine, invece di essere evacuato alla struttura sanitaria più idonea e vicina, per ricevere i trattamenti necessari per cui è coperto, quando questi non siano disponibili in loco. Il rimpatrio al proprio Paese d'origine è possibile solo se questo si trova nell'area geografica di copertura. Per il paziente evacuato che torna al Paese principale di

residenza dopo il completamento delle cure è previsto anche il rimborso, in classe economica, delle spese del viaggio di ritorno, che deve essere effettuato entro un mese dal termine del trattamento ricevuto. L'assicurato deve contattare Allianz Worldwide Care al primo segno che un rimpatrio sanitario sia necessario. Allianz Worldwide Care organizzerà e coordinerà tutte le fasi del processo di rimpatrio, fino a quando il paziente rimpatriato raggiunge il centro medico di destinazione. Se il processo di rimpatrio non è organizzato da Allianz Worldwide Care, la compagnia assicurativa si riserva il diritto di declinare il rimborso delle spese.

- 1.66 **Scoperto:** percentuale sui costi dei trattamenti sanitari a carico dell'assicurato. Gli scoperti si applicano a persona, ad Anno assicurativo, a meno che non sia indicato diversamente nell'Elenco delle prestazioni. Il programma selezionato dall'assicurato potrebbe prevedere un limite massimo di scoperto a persona e ad Anno assicurativo e, in questo caso, lo scoperto pagato dall'assicurato non può superare il limite indicato nell'Elenco delle prestazioni. Gli scoperti possono applicarsi in maniera indipendente a un singolo programma, ad esempio al Programma principale, al Programma fuori ricovero, al Programma di cure dentali, al Programma della maternità o al Programma di rimpatrio sanitario – oppure possono applicarsi in maniera cumulativa alla combinazione di tutti i programmi scelti dall'assicurato.
- 1.67 **Servizio di autoambulanza:** trasporto in ambulanza fino al più vicino ed appropriato centro sanitario, richiesto in casi d'emergenza o di necessità medica.
- 1.68 **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.
- 1.69 **Spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di decesso o pericolo di vita di un membro della famiglia:** la compagnia copre il costo del biglietto di andata e ritorno (fino al massimale specificato nell'Elenco delle prestazioni) dei familiari assicurati che abbiano bisogno di raggiungere il luogo in cui un familiare di primo grado sia deceduto o si trovi in pericolo di vita. Vengono considerati familiari di primo grado: il coniuge/compagno, i genitori, fratelli e sorelle, figli, figli in adozione, in affidamento e figliastri. Per richiedere il rimborso per questa prestazione, bisogna inoltrare un certificato di morte o un certificato del medico che giustifichi la necessità di compiere il viaggio, oltre alla fotocopia dei biglietti d'aereo. La prestazione può essere reclamata solo una volta nell'arco della vita dell'assicurato. Le spese di alloggio in hotel ed altre spese correlate non sono coperte.
- 1.70 **Spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di evacuazione o rimpatrio:** in caso di evacuazione medica, la compagnia copre il costo ragionevole di trasporto di tutti i membri assicurati della famiglia dell'assicurato evacuato, inclusi minori che rimarrebbero altrimenti senza la supervisione di un adulto. Se per qualsiasi ragione i familiari non possono viaggiare nello stesso veicolo del paziente evacuato, la compagnia copre il costo dei biglietti necessari in classe economica. In caso di rimpatrio sanitario, le spese di trasporto dei membri assicurati della famiglia sono coperte solo se la prestazione specifica facente parte del Programma di rimpatrio sanitario è inclusa nel proprio programma. Le spese di alloggio in hotel ed altre spese correlate non sono coperte.

1.71 **Spese di viaggio dei membri assicurati di una famiglia in caso di rimpatrio di salma:** in caso di rimpatrio della salma dell'assicurato deceduto, la compagnia copre il costo ragionevole del trasporto dei membri della sua famiglia che vivevano con lui all'estero, in modo che possano ritornare al Paese d'origine dell'assicurato deceduto per il funerale (o ad altro Paese che sia stato scelto allo scopo). Le spese di alloggio in hotel ed altre spese correlate non sono coperte.

1.72 **Spese per un accompagnatore in caso di rimpatrio o evacuazione di un assicurato:** spese di viaggio relative ad una persona che accompagni l'assicurato in caso di rimpatrio o evacuazione. Se l'accompagnatore non può viaggiare sullo stesso mezzo di trasporto dell'assicurato, verranno coperte le spese di viaggio su un altro mezzo in classe economica. Per l'accompagnatore che, al termine del trattamento dell'assicurato, torna al Paese da cui ha avuto origine l'evacuazione o il rimpatrio, è previsto anche il rimborso, in classe economica, del viaggio di ritorno. Non sono comprese nella copertura la sistemazione in hotel o altre spese correlate.

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

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

Non sono compresi nella copertura i costi dei supporti sanitari che rientrino nell'ambito di un trattamento palliativo o di un trattamento a lungo termine (definizioni 1.89 e 1.83).

1.74 **Sussidio per maternità/paternità:** questa prestazione è prevista solamente nel Programma delle Isole del Canale e garantisce il versamento di una somma prestabilita a ciascun genitore coperto da una polizza Allianz Worldwide Care, 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 viene indicato nell'Elenco delle prestazioni. Per richiedere il sussidio per maternità/paternità, l'assicurato deve inviare ad Allianz Worldwide Care una copia del certificato di nascita del figlio, entro tre mesi dalla nascita del bambino. 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 alla nascita del bambino.

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

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

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

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

1.79 **Tipologia di camera:** camera d'ospedale privata o condivisa come indicato nell'Elenco delle prestazioni. Non è coperta la sistemazione in camere di lusso o suite. La prestazione "Tipologia di camera" può essere utilizzata solo quando le spese di ricovero in ospedale non siano già coperte dalla prestazione che copre la patologia del caso in regime di ricovero. Le seguenti prestazioni (se incluse nel programma) sono esempi di prestazioni che coprono patologie in regime di ricovero e che pertanto includono la copertura delle spese di ricovero: "Cure psichiatriche e psicoterapia", "Trapianto di organi", "Oncologia", "Maternità", "Trattamento palliativo" e "Trattamento a lungo termine".

- 1.80 **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 sostenute per l'acquisto dell'organo non sono coperte.
- 1.81 **Trattamenti fuori ricovero:** cure prestate nell'ambulatorio di un medico generico, terapeuta o specialista, senza che si renda necessario il ricovero ospedaliero del paziente.
- 1.82 **Trattamento:** procedura medica necessaria per curare una malattia o lesione.
- 1.83 **Trattamento a lungo termine:** trattamenti somministrati per un periodo di tempo prolungato dopo la cessazione delle terapie urgenti, solitamente a pazienti affetti da patologie o invalidità croniche che necessitano di cure periodiche, intermittenti o continue. Le cure possono essere prestate presso il domicilio, presso strutture comunitarie, presso un ospedale o presso una casa di cura.
- 1.84 **Trattamento contro la sterilità:** cure prestate all'assicurato e comprendenti tutte le procedure di diagnosi a carattere invasivo necessarie per individuare la causa della sterilità, quali l'isterosalpingografia, la laparoscopia o l'isteroscopia. In caso di fecondazione in vitro (FIV) la copertura è limitata al massimale specificato nell'Elenco delle prestazioni. Se la polizza selezionata dall'assicurato non include questa prestazione ma comprende un Programma fuori ricovero, l'assicurato è coperto per effettuare indagini non invasive volte a individuare le cause della sterilità, fino ai massimali del Programma fuori ricovero (non sono coperti per questa prestazione gli assicurati che hanno acquistato un Programma delle Isole del Canale, il quale non include i trattamenti contro la sterilità). I trattamenti in regime di ricovero per i neonati frutto di parti gemellari conseguenti a trattamenti di riproduzione assistita sono coperti fino a un massimo di 24.900 £ / 30.000 € / 40.500 US\$ / 39.000 CHF per neonato per i primi tre mesi di vita. I trattamenti fuori ricovero, invece, sono coperti solo se inclusi nel Programma fuori ricovero (se selezionato).
- 1.85 **Trattamento di riabilitazione:** trattamento (che può essere una combinazione di terapie diverse come la fisioterapia, la terapia occupazionale e la logopedia) mirante a riportare il paziente al normale aspetto e/o funzionamento fisico dopo una malattia acuta o una lesione. La copertura viene garantita solo quando il trattamento viene amministrato entro 14 giorni dalla dimissione del paziente dall'ospedale, dove è stato sottoposto a un trattamento acuto o a chirurgia, e solo quando il trattamento di riabilitazione viene somministrato in un centro abilitato.
- 1.86 **Trattamento in day-hospital:** trattamento programmato e ricevuto in un ospedale o in altra struttura sanitaria durante il giorno, senza che vi venga trascorsa la notte, e per il quale viene emesso un certificato di dimissione.
- 1.87 **Trattamento oculistico a mezzo laser:** si riferisce agli interventi chirurgici (nonché alle necessarie indagini pre-operatorie) volti a incrementare la refrazione della cornea utilizzando la tecnologia laser.
- 1.88 **Trattamento ortomolecolare:** trattamento mirato a ristabilire l'ambiente ecologico ottimale per le cellule tramite la correzione delle insufficienze a livello molecolare in base alla biochimica individuale. Il trattamento richiede l'utilizzo di sostanze naturali, quali vitamine, minerali, enzimi ed ormoni.
- 1.89 **Trattamento palliativo:** trattamento ricevuto in ricovero ospedaliero, fuori ricovero o in day-hospital, da pazienti cui siano state diagnosticate patologie terminali e che non possano guarire se sottoposti a terapia. Il trattamento palliativo è mirato ad alleviare la sofferenza fisica e/o psicologica associata alla malattia incurabile del caso, oltre che a mantenere un adeguato stile di vita per il paziente. Questa prestazione include cure fisiche e psicologiche, nonché il soggiorno presso un ospedale o un centro di assistenza, l'assistenza medica e i medicinali prescritti.
- 1.90 **Trattamento preventivo:** trattamento prestato in assenza di sintomatologia clinica al momento dell'esecuzione. Un esempio di trattamento preventivo può essere l'asportazione di un'escrescenza pre-cancerogena.
- 1.91 **Vaccinazioni:** immunizzazioni di base e richiami di vaccinazioni richiesti per legge nel Paese in cui viene effettuato il trattamento, vaccinazioni di viaggio necessarie e profilassi antimalarica. Vengono coperti tanto le spese per la visita medica relativa alla vaccinazione quanto il costo della sostanza da iniettare.

1.92 **Visite di controllo della salute e test di prevenzione di malattie:** visite di controllo, test e analisi effettuate a intervalli appropriati e in assenza di sintomatologie cliniche. La prestazione si riferisce solo a quanto segue:

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



Esclusioni

Sebbene Allianz Worldwide Care copra la maggior parte dei trattamenti medicalmente necessari, la copertura non include le prestazioni, le condizioni mediche e le procedure sanitarie che si elencano in questo capitolo, a meno che non si specifichi diversamente nell'Elenco delle prestazioni o in altri documenti di polizza.

- a) Le seguenti esclusioni e limitazioni si applicano a **tutti i programmi assicurativi** di Allianz Worldwide Care, se non diversamente specificato nei documenti di polizza dell'assicurato:
1. Qualsiasi forma di **trattamento o terapia farmacologica** avente, a ragionevole opinione della compagnia, **carattere sperimentale o non dimostrato** in base ai criteri medici ufficialmente riconosciuti.
 2. Qualsiasi **trattamento effettuato da un chirurgo plastico**, indipendentemente dalle ragioni mediche e/o psicologiche che possono averlo reso necessario, e qualsiasi trattamento cosmetico o estetico che sia mirato a migliorare l'aspetto fisico, persino quando sia prescritto da un medico. L'unica eccezione è la ricostruzione chirurgica necessaria al ripristino delle funzionalità o dell'aspetto a seguito di un incidente con conseguenze gravi per l'aspetto dell'assicurato o di un intervento chirurgico oncologico, laddove l'incidente o l'intervento siano avvenuti durante il periodo di validità della polizza.
 3. Le cure e/o i trattamenti per **alcolismo o tossicodipendenza** (terapie per la disintossicazione e per smettere di fumare incluse), i casi di morte o le cure per qualsiasi patologia che nella ragionevole opinione della compagnia assicurativa siano correlate a, o siano dirette conseguenze di, alcolismo e dipendenza da droghe (ad esempio: insufficienza organica o demenza).
 4. Le cure e/o i trattamenti per **patologie causate intenzionalmente o lesioni auto-provocate**, tentativi di suicidio compresi.
 5. I **trattamenti di medicina alternativa**, se non espressamente indicati nell'Elenco delle prestazioni.
 6. Le **visite mediche, i trattamenti e le prescrizioni** eseguite dallo stesso assicurato, dal coniuge, dai genitori o dai figli.
 7. I costi della **terapia di famiglia o di consulenze** relative a trattamenti di psicologia fuori ricovero.

8. Le **facette estetiche (odontoatria)** e i procedimenti relativi alla loro applicazione.
9. Il **ritardo dello sviluppo infantile**, a meno che il bambino non raggiunga lo stadio evolutivo consono alla sua età nell'area cognitiva o fisica. Non sono coperti i casi di minimo o temporaneo ritardo evolutivo del bambino. L'entità del ritardo dello sviluppo deve essere stata valutata da personale qualificato, risultando pari ad almeno 12 mesi nell'area cognitiva o fisica.
10. 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.
11. I trattamenti e le cure per **complicanze direttamente derivanti da malattie, patologie, infortuni e trattamenti esclusi dalla copertura o soggetti a limitazioni**.
12. I **test genetici**, facendo eccezione per: a) i casi in cui i test genetici sono coperti dal programma selezionato; b) i test del DNA quando sono strettamente correlati all'amniocentesi, laddove questa sia coperta (ovvero nel caso delle donne maggiori di 35 anni); c) i test per i recettori ormonali per i tumori.
13. 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.
14. **Trattamenti contro la sterilità** (riproduzione assistita e/o relative complicanze comprese), a meno che nell'Elenco delle prestazioni dell'assicurato non compaia la prestazione specifica di "Trattamento contro la sterilità". Indipendentemente da ciò, se la polizza dell'assicurato comprende un Programma fuori ricovero, questo copre le indagini non invasive volte a individuare le cause della sterilità (fino ai massimali del Programma fuori ricovero). Tuttavia, se l'assicurato ha acquistato un Programma per le Isole del Canale, le indagini per individuare le cause della sterilità non sono coperte.
15. Le cure e 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.
16. I test e i trattamenti contro l'**obesità**.
17. Test, trattamenti, cure e complicanze derivanti da **sterilizzazione, disfunzioni sessuali** (salvo quando la patologia del caso sia il risultato di una prostatectomia radicale conseguente a chirurgia oncologica) e **contraccezione**, tra cui si annoverano anche l'applicazione o la rimozione di dispositivi di contraccezione e/o di qualsiasi tipo di contraccettivo in genere, anche se prescritto da un medico. L'unica eccezione è rappresentata dai contraccettivi

prescritti per la cura dell'acne da parte di un dermatologo. Si prega di notare che per il Programma delle Isole del Canale questa esclusione si estende anche ai trattamenti contro la sterilità.

18. Evacuazione medica o rimpatrio sanitario da un'**imbarcazione in mare** a un centro medico a terra.
19. L'**onorario del medico per la compilazione del modulo di Richiesta di rimborso** o altri costi amministrativi.
20. I **trattamenti ortomolecolari** (definizione 1.88).
21. I **corsi per gestanti e puerpere**.
22. I prodotti classificati come **vitamine o minerali** (eccetto durante la gravidanza o in caso di insufficienza vitaminica clinicamente diagnosticata), nonché integratori e prodotti come, ad esempio, alimenti per lattanti e cosmetici, anche se raccomandati e/o prescritti da un medico o aventi effetti terapeutici riconosciuti. Le visite con un dietologo o nutrizionista sono coperte solo se la prestazione specifica appare nel proprio Elenco delle prestazioni. Si prega di notare che per il Programma delle Isole del Canale questa esclusione si estende anche al periodo della gravidanza.
23. Prodotti e medicine acquistabili **senza ricetta medica**, a meno che la prestazione "Farmaci da banco con prescrizione" appaia nel proprio Elenco delle prestazioni.
24. Le **operazioni per il cambio di sesso** e relativi trattamenti.
25. I soggiorni presso **case di cura, terme e centri di benessere, stazioni climatiche e centri di recupero**, anche se prescritti da un medico.
26. L'**interruzione di gravidanza**, eccezion fatta per i casi di pericolo di vita per la madre.
27. Trattamenti direttamente correlati con la **maternità surrogata**, relativi tanto alla madre in affitto quanto al genitore committente.
28. Le cure e i trattamenti per malattie, disturbi o lesioni (inclusendo i casi di morte) che siano derivanti da **partecipazione attiva a 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 no.

29. I trattamenti e le cure relativi a patologie derivanti, direttamente o indirettamente, da **contaminazione chimica o radioattiva o da qualsiasi altro materiale nucleare**, combustione nucleare compresa.
30. Le cure attinenti a **disturbi del comportamento, disturbi da deficit dell'attenzione e iperattività, autismo, negativismo sfidante, comportamento antisociale, disturbi ossessivo-compulsivi e fobici, disturbi dell'attaccamento, difficoltà di adattamento, del comportamento alimentare e della personalità**, nonché le terapie volte al miglioramento dei rapporti socio-emozionali, come la **terapia familiare** (salvo quando diversamente indicato nell'Elenco delle prestazioni dell'assicurato).
31. I **trattamenti negli Stati Uniti**, nei casi in cui risulti evidente o probabile che l'assicurato abbia sottoscritto la polizza al fine di andare negli Stati Uniti per ricevere cure per una patologia manifestatasi in maniera evidente prima dell'acquisto della copertura.
32. Le **terapie per i disturbi del sonno**, tra i quali si includono l'insonnia, l'apnea ostruttiva del sonno, la narcolessia, la roncopatia e il bruxismo.
33. I trattamenti o gli accertamenti diagnostici richiesti a seguito di **lesioni procurate durante la pratica di attività sportive a livello professionale**.
34. I trattamenti ricevuti **fuori dall'area geografica di copertura**, salvo nei casi di emergenza o nei casi in cui si sia ricevuta l'approvazione da parte di Allianz Worldwide Care.
35. Le cure necessarie **per aver mancato di ricorrere al medico quando dovuto o per erroneo e/o incompleto rispetto di una terapia**.
36. Le cure necessarie in conseguenza di **errori medici**.
37. Il **triplo test e il quadruplo test** o il test per la diagnosi della **spina bifida**, eccezion fatta per le donne con più di 35 anni di età.
38. **Test di misurazione dei marcatori tumorali**, a meno che al paziente sia stato precedentemente diagnosticato un cancro del tipo in questione. In questo caso, i test sono coperti dalla prestazione "Oncologia".

39. **I trattamenti, relative complicanze e spese mediche** che seguono, se non diversamente indicato nell'Elenco delle prestazioni:

- 39.1 complicanze della gravidanza;
- 39.2 cure dentali, interventi chirurgici odontoiatrici, cure peridontali, ortodonzia e protesi dentali, ad eccezione di interventi chirurgici orali o maxillo-facciali coperti dalla polizza nei limiti del massimale del Programma principale;
- 39.3 onorario del dietologo/nutrizionista;
- 39.4 cure dentali d'emergenza;
- 39.5 spese per un accompagnatore in caso di rimpatrio o evacuazione di un assicurato;
- 39.6 visite di controllo della salute e test di prevenzione di malattie;
- 39.7 parto domiciliare;
- 39.8 trattamento contro la sterilità;
- 39.9 cure psichiatriche e psicoterapia in regime di ricovero;
- 39.10 trattamento oculistico a mezzo laser;
- 39.11 rimpatrio sanitario;
- 39.12 cure psichiatriche e psicoterapia fuori ricovero;
- 39.13 trapianto di organi;
- 39.14 trattamenti fuori ricovero;
- 39.15 occhiali e lenti a contatto prescritti (esame della vista incluso);
- 39.16 supporti sanitari prescritti da un medico;
- 39.17 trattamenti preventivi;
- 39.18 trattamenti di riabilitazione;
- 39.19 maternità e complicanze del parto;
- 39.20 spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di evacuazione/rimpatrio;
- 39.21 spese di viaggio dei membri assicurati di una famiglia in caso di rimpatrio di salma;
- 39.22 spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di decesso o pericolo di vita di un membro della famiglia;
- 39.23 vaccinazioni.

40. **L'indennità per morte accidentale**, se il decesso dell'assicurato è stato causato, direttamente o indirettamente, da:

- 40.1 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 no;
- 40.2 patologie causate intenzionalmente o lesioni auto-provocate, tentativi di suicidio compresi, che si verifichino durante il primo anno di copertura della polizza;
- 40.3 partecipazione attiva in attività che si svolgono sottoterra o sottacqua, come ad esempio attività in miniera o immersioni ad alta profondità;

- 40.4 partecipazione in attività che si svolgono sopra la superficie dell'acqua (come, ad esempio, attività su piattaforme petrolifere o impianti di trivellazione) oppure che si svolgono per aria, a meno che non sia diversamente specificato;
- 40.5 contaminazione chimica, biologica o radioattiva o da qualsiasi altro materiale nucleare, combustione nucleare compresa;
- 40.6 partecipazione passiva ai rischi di guerra, ovvero:
- presenza in un Paese che il Governo britannico abbia invitato i propri cittadini ad evacuare e verso il quale abbia sconsigliato qualsiasi tipo di viaggio (questo criterio si applica all'assicurato indipendentemente dalla nazionalità);
 - viaggio o permanenza per un periodo superiore a 28 giorni in un Paese che si trovi in un'area nella quale il Governo britannico abbia sconsigliato qualsiasi tipo di viaggio che non sia essenziale.
- (La presente esclusione di partecipazione passiva ai rischi di guerra si applica indipendentemente dal fatto che il decesso sia direttamente o indirettamente una conseguenza di guerre, tumulti, insurrezioni civili, atti criminali, terroristici o illegali o atti condotti per contrastare l'offensiva di una potenza straniera, indipendentemente dal fatto che la guerra sia stata dichiarata o no.)
- 40.7 essere l'assicurato sotto l'effetto di droghe o bevande alcoliche;
- 40.8 decesso verificatosi oltre 365 giorni dopo l'incidente che lo ha provocato;
- 40.9 esposizione deliberata al pericolo, eccetto nei casi in cui si tenti di salvare una vita umana;
- 40.10 inalazione/ingestione intenzionale di gas/veleni o altre droghe proibite dalla legge;
- 40.11 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;
- 40.12 partecipazione attiva in sport estremi o sport praticati a livello professionale, come ad esempio:
- sport che si praticano in montagna come la discesa in corda doppia, alpinismo e corse di qualsiasi tipo (a parte la corsa a piedi);
 - sport che si praticano sulla neve come il bob, lo slittino, l'alpinismo, lo skeleton, lo sci e lo snowboard fuori pista;
 - sport equestri come la caccia a cavallo, il salto equestre, il polo, il salto ad ostacoli o le corse a cavallo di qualsiasi tipo;
 - sport che si praticano nell'acqua come l'esplorazione di caverne sommerse o l'immersione in grotta, l'immersione subacquea a più di 10 metri di profondità, i tuffi da grandi altezze, il rafting in acque bianche e il torrentismo;
 - sport motoristici come le corse automobilistiche, motociclistiche e in quad bike;
 - sport di lotta;
 - sport che comprendono il volo, come ad esempio il volo in ultraleggero, in mongolfiera, in deltaplano, in parapendio, oltre al parasailing e ai lanci in paracadute;
 - altri sport pericolosi come il bungee jumping.

- b) Le seguenti esclusioni si applicano a tutti i programmi, **eccezion fatta per il Programma delle Isole del Canale** (al quale si riferiscono le esclusioni ulteriori riportate alla clausola c):
- 41. Le **patologie preesistenti** (patologie croniche preesistenti incluse) indicate nel documento di Condizioni speciali che (quando necessario) potrebbe essere stato rilasciato prima dell'attivazione della polizza e le patologie preesistenti (o patologie croniche preesistenti) che non siano state dichiarate dall'assicurato nel modulo di sottoscrizione rilevante. Inoltre, le patologie che si manifestino nel periodo compreso tra la compilazione del modulo di sottoscrizione rilevante e la data d'inizio della polizza saranno parimenti considerate preesistenti, saranno soggette a valutazione dello stato di salute e, se non dichiarate, non verranno coperte.
 - 42. La **logoterapia** correlata al ritardo dello sviluppo, alla dislessia, alla disgrafia e ai disturbi del linguaggio.
 - 43. Le **spese di viaggio** (costi di parcheggio compresi) affrontate per raggiungere e lasciare le strutture sanitarie in cui si ricevono le terapie coperte dall'assicurazione, eccezion fatta per le spese di viaggio coperte nell'ambito di prestazioni come quelle per il servizio di ambulanza locale, evacuazione medica e rimpatrio sanitario.
- c) Le seguenti esclusioni si applicano **esclusivamente al Programma delle Isole del Canale**:
- 44. 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.
 - 45. Gli **interventi chirurgici odontoiatrici, protesi dentali, cure parodontali e ortodontiche**, eccezion fatta per le cure dentali descritte nella definizione 1.15.
 - 46. Le **infezioni da HIV, AIDS** o patologie psichiatriche associate.
 - 47. Il **trapianto di organi**.
 - 48. Le **patologie preesistenti**.

49. I **medicinali** e le **fasciature**, eccetto quando prescritti durante il ricovero in ospedale o per trattamenti in day-hospital.
50. Le **spese di viaggio**, 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 non è stato consigliato dal proprio medico;
 - non sono state previamente approvate da Allianz Worldwide Care.
51. 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.
52. Le **spese di viaggio 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 il trattamento richiesto o un trattamento ad esso alternativo siano disponibili in loco. Tuttavia, le spese mediche affrontate verranno rimborsate nei limiti previsti dalla polizza.
53. Le **seguenti prestazioni**:
- 53.1 evacuazione medica o rimpatrio sanitario;
 - 53.2 terapia oculomotoria;
 - 53.3 riparazioni agli occhiali;
 - 53.4 rimpatrio della salma;
 - 53.5 logoterapia.

Ulteriori termini e condizioni di polizza

Vengono riportati di seguito ulteriori importanti termini e condizioni della polizza.

1. **Giurisdizione:** Il contratto assicurativo è soggetto alla legge francese, eccetto nei casi in cui le norme e le regolamentazioni locali applicabili alla situazione e ubicazione dell'assicurato impongano diversamente. Eventuali controversie che non possano essere risolte diversamente devono essere sottoposte alla giurisdizione dei tribunali francesi.
2. **Mediazione:**
 - a) Ogni divergenza di opinioni mediche sulle conseguenze di un infortunio o di una malattia deve essere comunicata alla compagnia entro nove settimane dalla data in cui ha origine la divergenza. La divergenza verrà risolta da due medici esperti, ciascuno nominato per iscritto rispettivamente dall'assicurato e dalla compagnia assicurativa.
 - b) Se la divergenza non può essere risolta d'accordo con quanto descritto al paragrafo 2.a 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, di comune accordo, nominare un Mediatore. Se le Parti non riescono ad accordarsi sulla nomina del Mediatore nello spazio di 14 giorni, una qualsiasi delle due Parti può ricorrere al CEDR, inviandone comunicazione scritta all'altra Parte, per farsi assegnare un Mediatore d'ufficio.



Per dare avvio alla mediazione, una delle due Parti deve darne notifica per iscritto (avviso ADR) all'altra Parte, richiedendo il servizio di mediazione. Una copia della richiesta deve essere spedita al CEDR. La mediazione inizierà non più tardi di 14 giorni dalla data dell'avviso ADR. Nessuna delle due Parti inizierà eventuali processi di arbitrato o processi giudiziari secondo quando indicato al paragrafo 2.b, 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 a Parigi (Francia). L'Accordo di mediazione cui fa riferimento la Procedura di mediazione è soggetto alle leggi francesi. Il Tribunale francese avrà giurisdizione esclusiva per risolvere eventuali questioni, dispute o divergenze che vengano provocate dalla mediazione o che siano in connessione con essa.

- c) 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 paragrafo 2.b ma non volontariamente risolti dalla mediazione entro tre mesi dalla data dell'avviso ADR;
- dovranno essere risolti esclusivamente dai tribunali francesi e le due Parti dovranno sottomettersi alla giurisdizione di questi. Qualsiasi procedura condotta in conformità alla clausola 2.c dovrà concludersi entro nove mesi di calendario dalla data di scadenza del suddetto periodo di tre mesi.

3. **Cancellazione:** La polizza viene cancellata in caso di mancato pagamento del premio annuale entro la scadenza dovuta. La compagnia assicurativa informa l'assicurato dell'avvenuta cancellazione che decorre dalla data entro la quale il premio avrebbe dovuto essere pagato. Tuttavia, se il premio viene pagato entro 30 giorni dalla data di scadenza del periodo di pagamento, la copertura viene riattivata e vengono rimborsate le spese mediche eventualmente sostenute durante il periodo di sospensione della copertura. Se, invece, il premio non viene pagato entro i 30 giorni menzionati, l'assicurato deve compilare un modulo di Dichiarazione sullo stato di salute per richiedere di riattivare la polizza e attendere la decisione della compagnia in merito alla valutazione dell'anamnesi medica.



4. **Protezione dei dati:** Allianz Worldwide Care, parte dell'Allianz Group, è una compagnia francese autorizzata. La compagnia ottiene e usa i dati personali dei propri clienti con lo scopo di calcolare preventivi, valutare l'opportunità di concedere copertura assicurativa, riscuotere i premi, rimborsare le spese mediche reclamate e per qualsiasi altro proposito direttamente relazionato con l'amministrazione delle polizze, in conformità con il contratto assicurativo. La riservatezza dei dati degli assicurati è di estrema importanza per Allianz Worldwide Care. Gli assicurati hanno diritto ad accedere ai loro dati detenuti dalla compagnia. Gli assicurati hanno inoltre diritto a chiedere modifica o annullamento di qualsiasi informazione che li riguarda, ove questa sia imprecisa o obsoleta. La compagnia non conserva i dati degli assicurati oltre il periodo di tempo necessario per le ragioni per le quali tali dati sono stati in principio ottenuti.

5. Forza maggiore: Allianz Worldwide Care non è da considerarsi responsabile per eventuali mancanze o ritardi nell'esecuzione dei propri obblighi contrattuali, quando le mancanze o i ritardi siano causati da forza maggiore. Per forza maggiore si intende un avvenimento imprevisto, fortuito ed inevitabile come, a titolo di esempio, avverse condizioni atmosferiche, inondazioni, slavine, terremoti, nubifragi, tempeste elettriche, incendi, subsidenze, epidemie, atti terroristici, ostilità militari (in caso di guerra o no), rivolte, esplosioni, scioperi o alterazioni dell'ordine dell'attività lavorativa, alterazioni dell'ordine civile, sabotaggi, espropriazioni da parte di attività governative e qualsiasi altro atto o avvenimento che sia al di fuori del controllo della compagnia assicurativa.



6. Frode:

- a) Eccetto quando la compagnia assicurativa confermi una procedura diversa per iscritto, nel caso in cui l'assicurato o i familiari a suo carico forniscano informazioni non veritiere o occultino dati importanti che possano influire sulla valutazione del rischio assicurativo (come ad esempio le informazioni richieste sul modulo di sottoscrizione rilevante), la polizza viene annullata, a partire dalla data di entrata in vigore. Le patologie manifestatesi nel periodo compreso tra la compilazione del modulo di sottoscrizione rilevante e la data di inizio della polizza verranno considerate preesistenti e, se non vengono dichiarate, non verranno coperte. L'assicurato è tenuto a fornire alla compagnia tutte le informazioni rilevanti sulla propria storia clinica, includendo anche quelle sulla cui rilevanza non è sicuro. In caso di annullamento del contratto a causa di omissione di informazione o di dichiarazione di dati incorretti, la compagnia assicurativa restituirà all'assicurato l'intero ammontare del premio pagato, con deduzione dell'ammontare dei sinistri già eventualmente rimborsati prima dell'annullamento del contratto. Se l'ammontare corrispondente ai sinistri rimborsati all'assicurato prima dell'annullamento è superiore al totale del premio da restituire, il titolare della polizza sarà tenuto a rimborsare la somma in eccesso.
- b) La compagnia assicurativa non rimborserà le spese mediche all'assicurato qualora la sua richiesta di rimborso risulti falsa, fraudolenta o intenzionalmente esagerata, o nel caso in cui l'assicurato e/o i suoi familiari a carico (o terzi che agiscono in loro nome) adottino mezzi illeciti o fraudolenti al fine di ottenere i benefici offerti dalla polizza. Qualsiasi somma eventualmente rimborsata all'assicurato prima della scoperta dell'atto o dell'omissione fraudolenta diventerà immediatamente esigibile da parte di Allianz Worldwide Care. Se la polizza viene annullata per aver presentato richieste di rimborso false, fraudolente o intenzionalmente esagerate, o se mezzi fraudolenti sono stati utilizzati per ricevere un



rimborso, il premio non viene restituito all'assicurato ed eventuali richieste di rimborso presentate e non ancora evase non verranno pagate. Presentare richieste di rimborso fraudolente determinerà la cancellazione del contratto a partire dalla data in cui la frode viene scoperta.

7. **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.
8. **Responsabilità della compagnia assicurativa:** La responsabilità di Allianz Worldwide Care nei confronti dell'assicurato è limitata alla copertura dei costi per le prestazioni previste dal programma assicurativo come riportato nell'Elenco delle prestazioni e negli altri documenti di polizza. In nessun caso l'importo rimborsato complessivamente da Allianz Worldwide Care, dal programma sanitario pubblico e/o da altre assicurazioni, potrà superare l'importo totale della fattura.
9. **Contattare i familiari a carico:** Per poter amministrare la polizza, in determinate occasioni la compagnia potrebbe avere bisogno di richiedere all'assicurato informazioni ulteriori a quelle già fornite. Se la compagnia assicurativa ha bisogno di informazioni in merito ad uno dei familiari a carico (ad esempio, nei casi in cui sono richieste ulteriori informazioni per evadere una richiesta di rimborso), il titolare della polizza viene contattato come rappresentante del familiare in questione perché fornisca le informazioni richieste. Allo stesso modo, tutte le informazioni relative a ciascuna delle persone coperte da una polizza e necessarie per evadere le richieste di rimborso possono essere inviate direttamente al titolare della polizza.
10. **Responsabilità di terzi:** Se l'assicurato o uno dei familiari a carico ha diritto di ricevere, dalla previdenza sociale o in virtù di altre coperture assicurative, il rimborso delle spese per le quali è stata inoltrata richiesta di rimborso ad Allianz Worldwide Care, quest'ultima si riserva il diritto di rifiutare il pagamento del rimborso. Qualora abbia diritto di ricevere rimborsi da terzi, l'assicurato è tenuto a informarne la compagnia, fornendo tutte le informazioni necessarie. L'assicurato e il terzo non possono prendere alcun accordo sul rimborso o ignorare il diritto della compagnia a recuperare un rimborso effettuato senza avere ottenuto il benessere della compagnia stessa.

per iscritto. In caso contrario, Allianz Worldwide Care avrà diritto di esigere dall'assicurato il risarcimento dei rimborsi pagati e di annullare la polizza.

La compagnia assicurativa ha diritto alla surrogazione e può iniziare azioni legali in nome dell'assicurato, anche se a proprie spese, per recuperare, a proprio vantaggio, l'equivalente delle somme percepite da questi in virtù di altre assicurazioni.

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



12. Copertura delle spese sanitarie:

- a) Il livello di copertura è determinato da quanto indicato nell'Elenco delle prestazioni, nel Certificato di assicurazione, nelle eventuali appendici di polizza, nella presente sezione e in altri eventuali documenti legali relazionati. La compagnia assicurativa rimborsa, nei limiti dei massimali indicati nell'Elenco delle prestazioni e dei termini e condizioni di polizza, le spese sanitarie necessarie in conseguenza dell'insorgere o dell'aggravarsi di una patologia.
- b) Le cure e i trattamenti vengono coperti solo qualora abbiano uno scopo palliativo, terapeutico e/o diagnostico, quando siano necessari dal punto di vista clinico, quando siano appropriati e somministrati da un medico, un dentista o un terapeuta abilitati all'esercizio della professione. Le richieste di rimborso vengono accolte se la diagnosi e/o il trattamento prescritto sono in linea con la prassi medica generalmente seguita.
- c) Questa polizza potrebbe non offrire copertura o benefici se la copertura o i benefici violano qualsiasi legge, regolamento o sanzione delle Nazioni Unite, dell'Unione Europea o di qualsiasi altro spazio economico di rilevanza.

Informazioni generali



Inclusione di familiari a carico

Per richiedere l'inclusione nella propria copertura di un familiare a carico è necessario compilare un Modulo di sottoscrizione.

I neonati verranno inclusi nella copertura dal giorno della loro nascita senza necessità di presentare una dichiarazione sul loro stato di salute (eccezion fatta per i neonati frutto di parti gemellari e per i bambini adottati o in affidamento), a condizione che la compagnia assicurativa ne riceva richiesta entro le prime quattro settimane dopo il parto, e a condizione che uno dei due genitori biologici (o uno dei due genitori committenti, in caso di maternità surrogata) risulti assicurato da una polizza Allianz Worldwide Care per un periodo continuo di almeno sei mesi. Per richiedere l'inclusione di un neonato nella propria copertura, l'assicurato deve inviare una richiesta scritta insieme al certificato di nascita all'Ufficio valutazione dello stato di salute al seguente indirizzo e-mail: underwriting@allianzworldwidecare.com.

Se la notifica della nascita del bambino viene inoltrata oltre le quattro settimane dalla nascita, sarà necessario presentare una dichiarazione sulla salute del neonato e questi verrà incluso nella copertura a partire dalla data di accettazione. Tutti i neonati frutto di parto gemellare e i bambini adottati sono soggetti a dichiarazione dello stato di salute.

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



Cambio di titolare della polizza

Se al momento del rinnovo viene richiesto un cambio di titolare di polizza, il nuovo titolare dovrà compilare un Modulo di sottoscrizione e fornire una dichiarazione sul proprio stato di salute, la quale sarà soggetta a valutazione da parte di Allianz Worldwide Care. Se il cambio di titolare di polizza è dovuto a decesso del titolare originario, fare riferimento al paragrafo "Decesso del titolare della polizza o di un familiare a carico" a pagina 34.

Modifiche del premio, di altri saldi o della copertura

La compagnia assicurativa potrebbe applicare delle modifiche al premio (ad esempio: al metodo di calcolo del premio, al metodo di pagamento o alla frequenza di pagamento), alle prestazioni coperte o alle condizioni della polizza al momento del rinnovo del contratto. Tali variazioni si applicano solo a partire dalla data di rinnovo, indipendentemente dalla data in cui la variazione in questione viene effettuata. La compagnia assicurativa non introdurrà restrizioni o esclusioni nella copertura personale dell'assicurato che siano applicabili a patologie o condizioni mediche iniziate prima di attivare la polizza, a condizione che l'assicurato abbia fornito alla compagnia assicurativa tutte le informazioni richieste prima di attivare la polizza e che l'assicurato non abbia richiesto un potenziamento del livello di copertura.

La compagnia potrebbe inoltre variare in qualsiasi momento l'ammontare relativo alle imposte o tasse assicurative da pagare: ciò potrebbe dipendere dall'introduzione di nuove imposte o tasse assicurative o dal cambio del tasso di quelle già esistenti.

La compagnia informa sempre l'assicurato per iscritto in merito a eventuali variazioni da effettuare. Se l'assicurato non accetta le modifiche apportate, può chiedere la cancellazione della polizza: in questo modo, le modifiche non entreranno mai in vigore per il suo contratto, purché la richiesta di cancellazione pervenga entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore delle modifiche, o, alternativamente, entro 30 giorni dalla data di comunicazione delle modifiche da parte della compagnia, se questa è effettuata dopo l'entrata in vigore delle modifiche.

Qualora l'assicurato desideri variare il proprio livello di copertura, deve contattare la compagnia prima della data di rinnovo della polizza per discutere le opzioni possibili. La richiesta di passare a un livello di copertura più completo potrebbe richiedere la compilazione di un questionario medico e l'accettazione da parte dell'assicurato di eventuali restrizioni o limitazioni applicabili ad eventuali programmi aggiuntivi, prima dell'attivazione della polizza. Se il potenziamento della copertura è accettato dalla compagnia assicurativa, potrebbero applicarsi un aumento del premio, oltre a periodi di carenza.

Cambio di indirizzo o di indirizzo e-mail

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



Richieste di rimborso

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

- a) tutte le richieste di rimborso devono essere inoltrate alla compagnia assicurativa entro e non oltre sei mesi dalla data di termine dell'Anno assicurativo. Se la copertura è cancellata durante il corso dell'Anno assicurativo, le richieste di rimborso devono essere inoltrate entro e non oltre sei mesi dalla data di termine della copertura. Dopo tale scadenza Allianz Worldwide Care non è più tenuta ad effettuare alcun rimborso;
- b) l'assicurato dovrà compilare un modulo di Richiesta di rimborso per ciascuna persona e per ciascun evento per il quale richiede il rimborso;
- c) è responsabilità dell'assicurato conservare la copia originale di tutti i documenti (ad esempio: ricevute delle spese mediche) inoltrati in fotocopia insieme ai moduli di Richiesta di rimborso. La compagnia assicurativa ha il diritto di richiedere le copie originali all'assicurato in qualsiasi momento fino a 12 mesi dopo il pagamento del rimborso, come parte del procedimento di revisione dei conti. La compagnia, inoltre, si riserva il diritto di richiedere una prova di pagamento (ad esempio: un estratto della banca o della carta di credito) all'assicurato, per accompagnare le ricevute mediche inoltrate. È responsabilità dell'assicurato conservare copia di tutta la corrispondenza in generale intercorsa con la compagnia assicurativa, la quale declina ogni responsabilità per la corrispondenza che non venga ricevuta per ragioni estranee al proprio controllo;
- d) se l'ammontare del rimborso da reclamare è inferiore a quello della franchigia prevista dal proprio programma assicurativo, l'assicurato deve conservare il modulo di Richiesta di rimborso e le ricevute relative, senza distruggerli o eliminarli. L'assicurato dovrà continuare a raccogliere i moduli di Richiesta di rimborso, sino a che l'importo totale delle Richieste di rimborso non risulti superiore all'importo della franchigia. Potrà a quel punto inviare tutti i moduli di Richiesta di rimborso compilati, unitamente alla relativa documentazione di supporto (ricevute e fatture);
- e) la valuta in cui si desidera ricevere il rimborso deve essere specificata nel modulo di Richiesta di rimborso: tuttavia, in alcune occasioni, la compagnia assicurativa potrebbe non essere in grado di effettuare il pagamento nella valuta richiesta a causa dei regolamenti bancari internazionali. Se ciò si verificasse, il pagamento verrebbe effettuato in una valuta alternativa e appropriata al caso dell'assicurato. Qualora si verifichi la necessità di eseguire una conversione tra due valute, viene

utilizzato il tasso di cambio in vigore alla data di emissione della fattura o quello in vigore al momento della liquidazione del rimborso;

- f) verranno rimborsate solo le spese corrispondenti a trattamenti già ricevuti, nei limiti dei massimali previsti dalla polizza, dopo aver preso in considerazione eventuali Richieste di garanzie di pagamento presentate. Eventuali franchigie e scoperti indicati nell'Elenco delle prestazioni saranno presi in considerazione al momento di calcolare l'ammontare del rimborso;
- g) nel caso in cui il medico richieda al paziente di pagare una caparra prima di effettuare il trattamento, la compagnia rimborserà le spese solamente a trattamento concluso;
- h) l'assicurato e i familiari a carico si impegnano a fornire ad Allianz Worldwide Care tutte le informazioni necessarie per evadere le richieste di rimborso. La compagnia assicurativa si riserva il diritto di accedere a tutta la documentazione clinica dell'assicurato e a trattare direttamente con la struttura sanitaria o il medico curante dell'assicurato. Ove lo ritenga necessario, la compagnia si riserva il diritto di richiedere, a proprie spese, di sottoporre l'assicurato ad una visita medica presso uno dei suoi consulenti medici. Tutte le informazioni relative all'assicurato saranno trattate con la massima riservatezza. In caso di inosservanza degli obblighi descritti da parte dell'assicurato o dei suoi familiari a carico, la compagnia si riserva il diritto di sospendere la copertura.

Liquidazione dell'indennità per morte accidentale

Se questa prestazione è compresa nel programma selezionato, l'indennità verrà liquidata se Allianz Worldwide Care riceve notifica del decesso dell'assicurato entro e non oltre i 90 giorni lavorativi successivi alla data del decesso. La compagnia assicurativa dovrà ricevere i seguenti documenti:

- un Modulo di richiesta per l'indennità per morte accidentale;
- un certificato di decesso;
- un certificato medico che riporti le cause del decesso;
- un documento in cui si indichino la data, il luogo e le circostanze dell'incidente;
- documentazione ufficiale che indichi lo stato di famiglia dell'assicurato defunto, documenti d'identità dei beneficiari dell'indennità e una certificazione della loro relazione di parentela con il defunto.

Nell'eventualità in cui l'assicurato e uno dei suoi beneficiari o tutti i suoi beneficiari vengano a mancare nello stesso momento, l'assicurato verrà ritenuto l'ultimo ad essere deceduto.

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

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

Se l'assicurato desidera nominare un beneficiario diverso da quelli elencati sopra può richiederlo contattando l'Helpline.



Corrispondenza

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

L'assicurato, in qualità di espatriato che vive all'estero, è coperto per le spese mediche (relative a trattamenti coperti dalla polizza) incorse nel proprio Paese d'origine, a condizione che il Paese d'origine del caso si trovi nell'area geografica di copertura selezionata.

Paesi in cui è possibile ricevere trattamento

Se nel Paese in cui abitualmente si risiede e si lavora non è disponibile il trattamento medico necessario, è possibile farsi curare in qualsiasi altro Paese incluso nell'area geografica di copertura indicata nel proprio Certificato di assicurazione. Per ottenere il rimborso delle spese mediche e delle spese di viaggio, la Richiesta di garanzia di pagamento deve essere inviata prima di partire.

Se, invece, il trattamento di cui si ha bisogno e per il quale si è coperti è disponibile nel Paese in cui si risiede ma si decide di farsi curare comunque in un altro Paese compreso nell'area di copertura, Allianz Worldwide Care rimborserà le spese mediche coperte dal programma assicurativo, tra le quali non sono incluse, però, le spese di viaggio.

Decesso del titolare della polizza o di un familiare a carico

In caso di decesso del titolare della polizza o di un familiare a carico, bisogna informare la compagnia assicurativa per iscritto entro 28 giorni dal decesso.

Se il deceduto è il titolare della polizza, questa viene cancellata e viene effettuato un pagamento prorrateato del premio pagato e non goduto dell'Anno assicurativo in corso, a condizione che nessun rimborso di spese mediche sia stato pagato. La compagnia assicurativa si riserva il diritto di richiedere un certificato di morte prima di effettuare il pagamento del rimborso del premio. In alternativa, il familiare a carico che appare subito dopo il titolare nella lista riportata sul Certificato di assicurazione può scegliere di diventare il nuovo titolare e quindi di mantenere la polizza attiva per sé e per gli altri familiari a carico inclusi nella polizza: detto familiare a carico deve, però, avere superato l'età minima richiesta per i titolari di polizza. Se la richiesta del cambio di titolare viene effettuata entro 28 giorni dal decesso del titolare originario, la compagnia potrebbe decidere di non applicare eventuali restrizioni o limitazioni aggiuntive a quelle che eventualmente potevano applicarsi alla copertura della polizza del titolare deceduto.

Se il deceduto è un familiare a carico del titolare, il suo nome viene cancellato dalla polizza e viene effettuato un pagamento prorrateato del premio pagato e non goduto per il familiare deceduto in riferimento all'Anno assicurativo in corso, a condizione che nessun rimborso di spese mediche sia stato pagato. La compagnia assicurativa si riserva il diritto di richiedere un certificato di morte prima di effettuare il pagamento del rimborso del premio.

Reclami

L'Helpline di Allianz Worldwide Care (+353 1 630 1305) è sempre il primo punto di contatto a cui rivolgersi in caso di problemi o reclami. Qualora il problema dell'assicurato non possa essere risolto telefonicamente, questi può inviare un'e-mail o una lettera ai seguenti recapiti:

E-mail: client.services@allianzworldwidedecare.com

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

La compagnia assicurativa gestirà i reclami in base alla propria procedura interna per la gestione dei reclami, specificata alla seguente pagina: www.allianzworldwidedecare.com/complaints-procedure. È inoltre possibile contattare l'Helpline per richiedere una copia della procedura.

Terzi

Nessuna persona (ad eccezione di persone nominate dal titolare della polizza) è autorizzata ad apportare o confermare modifiche alla polizza per conto dell'assicurato, né a decidere di non rispettare i diritti della compagnia assicurativa. Nessuna modifica apportata alla copertura sarà valida se non confermata per iscritto.

Pagamento del premio

Il premio corrispondente a ciascun Anno assicurativo viene calcolato sulla base delle seguenti variabili: età dell'assicurato e di ciascun familiare a carico nella data di inizio della copertura; area geografica di copertura selezionata; Paese principale di residenza del titolare della polizza; tasso del premio in vigore; altri fattori di rischio che possano incidere significativamente sul premio assicurativo.

Quando l'assicurato accetta l'offerta di copertura fatta dalla compagnia assicurativa in base alla situazione dell'assicurato, l'assicurato accetta automaticamente di pagare il premio indicato nel preventivo, dove si indica anche il metodo di pagamento scelto. Il pagamento del premio deve essere effettuato in anticipo rispetto al periodo di copertura al quale si riferisce, per tutta la durata del contratto. Il premio iniziale o la prima rata devono essere versati immediatamente dopo l'accettazione dell'assicurato in copertura da parte di Allianz Worldwide Care. Il pagamento delle rate successive diventa esigibile il primo giorno del periodo di pagamento scelto. A seconda del metodo di pagamento scelto, sono disponibili i seguenti frazionamenti del pagamento del premio: mensile, trimestrale, semestrale o annuale. In caso di discrepanza tra il premio concordato nel preventivo e il premio riportato in fattura, contattare immediatamente Allianz Worldwide Care. La compagnia non si assume alcuna responsabilità per i pagamenti effettuati tramite terzi.

Il premio deve essere versato nella valuta selezionata quando la copertura è stata sottoscritta. Se per qualsiasi motivo l'assicurato è impossibilitato a provvedere al pagamento, deve farlo presente ad Allianz Worldwide Care chiamando il numero +353 1 630 1305. I termini di pagamento possono essere cambiati a mezzo richiesta scritta solo al momento di rinnovare la polizza: la notifica deve essere ricevuta da Allianz Worldwide Care con almeno 30 giorni di anticipo rispetto alla data di rinnovo del contratto. Il mancato pagamento del premio iniziale e/o dei premi successivi può determinare la perdita della copertura.

Se il premio iniziale non viene versato entro il termine stabilito, la compagnia si riserva il diritto di recedere dal contratto finché non viene effettuato il pagamento: il contratto assicurativo viene considerato nullo, a meno che la compagnia non ricorra a vie legali per il recupero del premio entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della copertura, dalla data di inizio della polizza o ancora dalla data di termine del contratto. In caso di mancato pagamento di una delle rate successive entro la scadenza prestabilita, la compagnia può, mediante notifica scritta e a spese dell'assicurato, concedere un'estensione del periodo di pagamento non inferiore a due settimane. Al termine di tale periodo, la compagnia potrà annullare il contratto mediante notifica scritta e con effetto immediato, e sarà pertanto esonerata dal rimborso di qualsiasi spesa medica.

Gli effetti della cancellazione del contratto saranno revocati se il titolare della polizza effettua il pagamento entro un mese dalla cancellazione o, se prima della cancellazione era stata concessa un'estensione del periodo di pagamento, entro un mese dal termine ultimo del periodo concesso, purché nel frattempo non siano state presentate richieste di rimborso.

Pagamento di altri costi

Oltre al premio, l'assicurato è responsabile del pagamento di eventuali tasse assicurative e/o altri contributi (inclusi quei contributi/tasse che vengano imposti dopo la sottoscrizione della polizza) che la compagnia debba liquidare o farsi liquidare dall'assicurato per legge. L'ammontare di questi costi aggiuntivi relativi alle tasse assicurative è riportato in fattura.

Scadenza della polizza

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

Situazioni in cui viene terminata la copertura

La copertura del titolare della polizza e di eventuali familiari a carico viene cancellata se:

- l'assicurato non ha provveduto al pagamento del premio entro la data prestabilita. Tuttavia, se il premio viene versato nei 30 giorni successivi alla data di scadenza prestabilita per il pagamento, la copertura verrà riattivata senza necessità di compilare un modulo di Conferma dello stato di salute;
- l'assicurato non ha provveduto al pagamento, entro la data prestabilita, di eventuali tasse assicurative o altre imposte previste dal contratto;
- il titolare della polizza viene a mancare. Consultare il paragrafo "Decesso del titolare della polizza o di un familiare a carico" (p. 34) per maggiori informazioni;
- Allianz Worldwide Care può cancellare la copertura di un assicurato e di tutti i suoi familiari a carico se viene provato che hanno ingannato, o tentato di ingannare la compagnia. Con il termine "ingannare" si intende l'atto di fornire false informazioni o di omettere informazioni importanti, o l'atto di cooperare con terzi per fornire false informazioni alla compagnia, tanto intenzionalmente quanto per negligenza. Quanto detto può influenzare Allianz Worldwide Care nel decidere sull'opportunità di includere una persona nella copertura, sull'ammontare del premio assicurativo da pagare e sulla legittimità di rimborsare determinate spese mediche. Consultare il capitolo "Ulteriori termini e condizioni di polizza" (p. 24-28) per maggiori informazioni;
- l'assicurato sceglie di cancellare la polizza, dopo averne informato la compagnia entro 30 giorni dalla data in cui ha ricevuto la documentazione che descrive i termini e le condizioni della polizza, oppure entro 30 giorni dalla data di inizio o rinnovo del contratto, se questa è posteriore alla prima. Consultare il capitolo "Diritto di cancellazione" (p. 40) per maggiori informazioni.

In caso di annullamento della polizza per motivi diversi da frode o omissione di informazioni importanti, la compagnia assicurativa restituisce il premio pagato e non goduto relativo a un periodo successivo alla data di annullamento della polizza: dalla somma del premio da restituire si deducono eventuali saldi che l'assicurato deve alla compagnia assicurativa.

Se la copertura del titolare della polizza viene cancellata, si cancella automaticamente anche la copertura dei familiari a carico.

Rinnovo della polizza

La polizza è annuale e si rinnova automaticamente per l'Anno assicurativo successivo, a condizione che il programma selezionato sia ancora disponibile, che la compagnia assicurativa possa continuare a offrire copertura nel Paese di residenza dell'assicurato, che si sia provveduto al saldo di tutti i premi dovuti alla compagnia assicurativa e che i dati di pagamento dell'assicurato siano ancora validi alla data di rinnovo della polizza. L'assicurato deve informare la compagnia in merito a ogni eventuale variazione dei suoi dati di pagamento: ad esempio, nel caso di aver cambiato carta di credito o conto bancario.

Il procedimento di rinnovo automatico della polizza prevede che, con un mese di anticipo rispetto alla data del rinnovo, l'assicurato riceva un nuovo Certificato di assicurazione (e un documento informativo che spiega eventuali variazioni introdotte nella copertura). Se l'assicurato non riceve il Certificato di assicurazione entro un mese dalla data di rinnovo deve contattare immediatamente la compagnia assicurativa.

La compagnia assicurativa si riserva il diritto di rivedere i termini e le condizioni di polizza e di applicare eventuali variazioni necessarie con effetto 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 nella data del rinnovo.

Garanzia di pagamento

Nell'Elenco delle prestazioni si indicano quali prestazioni sono soggette a preautorizzazione attraverso l'invio di una richiesta di Garanzia di pagamento alla compagnia assicurativa. Nei casi in cui la Garanzia di pagamento non viene ottenuta per una prestazione che la richiede, si procederà come segue:



- se la Garanzia di pagamento non viene ottenuta per una prestazione che la richiede e se le cure ricevute dovessero in seguito risultare non necessarie da un punto di vista medico, **Allianz Worldwide Care si riserva il diritto di respingerne la Richiesta di rimborso relativa;**
- se la Garanzia di pagamento non viene ottenuta in riferimento a una prestazione contrassegnata dalla nota ¹ nell'Elenco delle prestazioni, **Allianz Worldwide Care si riserva il diritto di respingerne la Richiesta di rimborso relativa.** Qualora venga successivamente dimostrato che le cure ricevute fossero necessarie da un punto di vista medico, viene rimborsato l'80% del costo del trattamento coperto dal programma;

- se la Garanzia di pagamento non viene ottenuta in riferimento a una prestazione contrassegnata dalla nota ² nell'Elenco delle prestazioni, **Allianz Worldwide Care si riserva il diritto di respingerne la Richiesta di rimborso relativa.** Qualora venga successivamente dimostrato che le cure ricevute fossero necessarie da un punto di vista medico, viene rimborsato il 50% del costo del trattamento coperto dal programma.



Trattamenti negli Stati Uniti

Gli assicurati con area geografica di copertura "Mondo intero", per localizzare un medico o una struttura sanitaria negli Stati Uniti, possono accedere alla pagina web: www.allianzworldwidecare.com/olympus, dove è disponibile un motore di ricerca di medici e ospedali. In caso di domande in merito alla scelta di una struttura sanitaria per un trattamento o in caso di voler fissare un appuntamento con un medico, chiamare il numero **(+1) 800 541 1983** (gratuito per chiamate dagli Stati Uniti). L'assicurato può inoltre ottenere una tessera sconto da utilizzare nelle farmacie per i casi in cui i medicinali prescritti dal proprio medico non siano coperti dalla polizza. Per richiedere la tessera sconto per spese di farmacia, visitare la pagina web www.omhc.com/awc/prescriptions.html e cliccare sull'icona "Print Discount Card".

Le prestazioni negli Stati Uniti non sono comprese nella copertura nei casi in cui risulti evidente o probabile che l'assicurato abbia sottoscritto la polizza al fine di trasferirsi negli Stati Uniti per ricevere cure per una patologia manifestatasi in maniera evidente prima dell'acquisto della copertura. Qualora le spese relative al trattamento negli Stati Uniti (o parte delle spese) siano già state pagate dalla compagnia assicurativa, Allianz Worldwide Care si riserva il diritto di richiederne il rimborso da parte dell'assicurato.

Trattamenti medici necessari per colpa di terzi

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

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

L'accettazione dell'assicurato in copertura da parte di Allianz Worldwide Care è confermata dall'emissione del Certificato di assicurazione. La copertura è valida a partire dalla data di inizio che si indica sul medesimo Certificato di assicurazione. Nessuna spesa medica potrà essere rimborsata all'assicurato fintanto che la rata iniziale del premio o le rate successive del premio non siano state pagate entro la scadenza prestabilita.

Se nella polizza sono inclusi anche dei familiari a carico del titolare, la data di entrata in vigore della loro copertura corrisponderà alla data di accettazione riportata sul Certificato di assicurazione. La copertura dei familiari a carico continuerà fintanto che l'assicurato risulti essere il titolare della polizza (e fintanto che eventuali figli minorenni a carico non superino i limiti d'età stabiliti). I figli a carico possono essere coperti fino al compimento dei 18 anni d'età, oppure fino al compimento dei 24 anni d'età se sono studenti a tempo pieno. Una volta superato il limite d'età, i figli a carico possono richiedere di sottoscrivere una polizza indipendente a loro nome.

Diritto di cancellazione

Secondo i termini della polizza, l'assicurato può cancellare il proprio contratto inviando 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 propria polizza, l'assicurato deve compilare il modulo "Cambiare idea è un suo diritto", incluso nel proprio Membership Pack. Il modulo deve essere inviato al seguente indirizzo e-mail: **underwriting@allianzworldwidecare.com**. In alternativa, inviare il modulo per posta all'Ufficio servizio al cliente (Client Services Team), all'indirizzo fornito nell'ultima pagina di questa guida.

Se l'assicurato cancella la propria polizza entro i 30 giorni indicati, ha diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto per il nuovo Anno assicurativo, a condizione che non gli siano già stati liquidati dei rimborsi per spese mediche. Trascorsi i 30 giorni menzionati, se l'assicurato non cancella la propria polizza (o non richiede delle modifiche di copertura), il contratto assicurativo diventa vincolante per entrambe le parti: ciò significa che l'assicurato sarà tenuto a pagare il premio completo previsto per il nuovo Anno assicurativo, conformemente alla frequenza di pagamento da lui selezionata.

Guida rapida

Questo capitolo può essere separato dal resto dell'Guida alle prestazioni per avere le informazioni più importanti sull'uso pratico della polizza sempre a portata di mano. La copertura è soggetta alle definizioni, alle esclusioni e ai massimali descritti nella Guida alle prestazioni.



Come accedere all'assistenza sanitaria

La prima cosa da fare è accertarsi che il proprio programma assicurativo copra la prestazione medica di cui si ha bisogno. Le prestazioni coperte dalla propria polizza sono elencate nell'Elenco delle prestazioni. In caso di dubbi, chiamare l'Helpline.

Importante: alcune prestazioni sono soggette a preautorizzazione.

Le prestazioni che seguono sono soggette a preautorizzazione, per cui l'assicurato deve inoltrare una Richiesta di garanzia di pagamento alla compagnia assicurativa prima di sottomettersi al trattamento:

- tutte le prestazioni in regime di ricovero;
- trattamenti in day-hospital;
- spese per un accompagnatore in caso di rimpatrio o evacuazione di un assicurato;
- dialisi renale;
- trattamento a lungo termine;
- evacuazione medica (o rimpatrio sanitario, se coperto dalla polizza);
- risonanza magnetica (la preautorizzazione è necessaria solo se si preferisce che la compagnia assicurativa paghi le spese direttamente all'ospedale);
- assistenza sanitaria domiciliare o in convalsenziario;
- terapia occupazionale (solo quando è ricevuta fuori ricovero è soggetta a preautorizzazione);
- oncologia (solo quando è ricevuta in ricovero o in day-hospital è soggetta a preautorizzazione);
- chirurgia preventiva;
- chirurgia ambulatoriale;
- trattamento palliativo;
- PET (tomografia a emissione di positroni) e TAC-PET;
- trattamenti di riabilitazione;
- rimpatrio della salma;
- maternità, complicanze della gravidanza e complicanze del parto (la preautorizzazione è richiesta solo in regime di ricovero);
- spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di evacuazione (o rimpatrio, se incluso nel programma);
- spese di viaggio dei membri assicurati di una famiglia in caso di rimpatrio di salma;
- spese di viaggio per spostarsi da una delle Isole del Canale ad un'altra, al Regno Unito o in Francia.

L'invio della Richiesta di garanzia di pagamento debitamente compilata permette alla compagnia assicurativa di valutare il caso medico rapidamente e di organizzare il pagamento diretto delle spese all'ospedale. Se la Garanzia di pagamento non viene ottenuta per una prestazione per la quale è richiesta, Allianz Worldwide Care potrebbe declinare il rimborso delle spese mediche relative. Maggiori informazioni sulla Garanzia di pagamento sono fornite a pagina 38.

Evacuazioni mediche e rimpatri sanitari

Al primo segno che un'evacuazione medica o un rimpatrio sanitario siano necessari, contattare immediatamente l'Helpline (disponibile 24 su 24). I recapiti si trovano al dorso di questo documento. In casi di emergenza, si consiglia di telefonare – in alternativa, è possibile inviare un'e-mail all'indirizzo: medical.services@allianzworldwidecare.com. Se si sceglie di inviare un'e-mail, si raccomanda di includere "Urgente – Evacuazione/rimpatrio" nella barra dell'oggetto. L'assicurato deve contattare Allianz Worldwide Care prima di rivolgersi ad altri operatori di servizi di trasporto medico, per evitare fatture potenzialmente gonfiate e ritardi non necessari nel processo di evacuazione/rimpatrio. Se il processo di evacuazione o rimpatrio non è organizzato da Allianz Worldwide Care, la compagnia assicurativa si riserva il diritto di declinare il rimborso delle spese.

Trattamenti in ricovero

1. Scaricare la Richiesta di garanzia di pagamento dal sito web:
www.allianzworldwidecare.com/members
2. Inviare il modulo compilato ad Allianz Worldwide Care **almeno cinque giorni prima** dell'inizio del trattamento. Il modulo può essere inviato per:
 - e-mail all'indirizzo: medical.services@allianzworldwidecare.com;
 - fax al numero: + 353 1 653 1780 o per posta all'indirizzo riportato sul modulo stesso.

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

In caso di emergenza:

1. Sottoporsi al trattamento d'emergenza di cui si ha immediato bisogno.
2. Informare l'Helpline del ricovero dell'assicurato **entro 48 ore** dal verificarsi dell'emergenza. La notifica può essere fatta dallo stesso assicurato, dal suo medico o da un familiare. A quel punto, le informazioni per compilare la Richiesta di garanzia di pagamento possono essere dettate per telefono al personale dell'Helpline.



Trattamenti fuori ricovero e cure odontoiatriche

In caso di visite mediche, dentistiche e in caso di trattamenti fuori ricovero in generale, l'assicurato deve pagare le spese direttamente al medico e poi richiedere il rimborso alla compagnia assicurativa. Per richiedere il rimborso, scaricare un modulo di Richiesta di rimborso dal sito web:

www.allianzworldwidecare.com/member, e poi seguire i passi riportati di seguito:

1. richiedere al proprio medico una fattura in cui si indicano il nome del paziente, la data del trattamento, la diagnosi o la patologia trattata, la data di manifestazione dei sintomi, la natura del trattamento e il costo fatturato;
2. completare le sezioni da 1 a 4 e la sezione 7 del modulo di Richiesta di rimborso. Le sezioni 5 e 6 devono essere completate dal medico/dentista se la fattura rilasciata non indica tutti i dati richiesti al punto 1;
3. inviare il modulo di Richiesta di rimborso e la documentazione di supporto (fatture, ricevute, etc.) per:
 - e-mail all'indirizzo: **claims@allianzworldwidecare.com**;
 - fax al numero: + 353 1 645 4033 o per posta all'indirizzo riportato sul modulo stesso.

È fondamentale indicare la diagnosi sulla fattura o sul modulo di Richiesta di rimborso, poiché la compagnia non può valutare il caso medico e pagare il rimborso senza di essa. Se la diagnosi non viene indicata, Allianz Worldwide Care dovrà contattare il medico dell'assicurato o l'assicurato stesso per ottenerla e completare la valutazione del caso: ciò provoca ritardi nell'emissione del rimborso.

Se l'assicurato fornisce tutte le informazioni necessarie quando inoltra una Richiesta di rimborso, la compagnia assicurativa evade la pratica e paga il rimborso entro 48 ore dalla ricezione della richiesta. Un'e-mail automatica è inviata all'assicurato per comunicare che la sua pratica è stata evasa.

Ulteriori informazioni sul processo di rimborso si trovano a pagina 31-32. Per informazioni sul processo di rimborso per trattamenti negli Stati Uniti, consultare pagina 39.



Servizi utili

I seguenti servizi sono a disposizione di tutti gli assicurati:

- Alla seguente pagina web: **www.allianzworldwidecare.com/members**, l'assicurato può accedere a un'ampia gamma di servizi. Ad esempio, **si possono scaricare moduli e documenti, si può accedere alle risorse per la salute e il benessere e al motore di ricerca di medici e ospedali**. Tuttavia, si prega di notare che l'assicurato non è obbligato a ricorrere ai medici e agli ospedali che si indicano sul sito web di Allianz Worldwide Care.
- Per accedere ai **Servizi Online** di Allianz Worldwide Care, utilizzare il seguente link: **my.allianzworldwidecare.com** e poi digitare il nome utente e la password inviati all'assicurato nel suo Membership Pack. Se non si sono ancora ricevuti i dati di login, cliccare sul tasto "Registra" e digitare i dati richiesti sullo schermo (questi dati devono corrispondere a quelli indicati sul Certificato di assicurazione). Attraverso i Servizi Online, l'assicurato può scaricare i propri documenti di polizza, controllare il credito rimasto per ciascuna delle prestazioni coperte dal proprio programma, verificare la situazione delle richieste di rimborso inoltrate e leggere la corrispondenza relativa a tali richieste. È inoltre possibile pagare il premio online a mezzo carta di credito o ancora aggiornare i dati della propria carta di credito.
- Per accedere al servizio di consulenza medica MediLine, chiamare il seguente numero: **+44 (0) 208 416 3929**. Il servizio, disponibile 24 su 24 e fornito da un team di medici professionisti di lingua inglese, offre informazioni e consigli in merito a questioni mediche, come ad esempio pressione sanguigna e problemi di peso, malattie infettive, pronto intervento, salute dentale, vaccini, oncologia, invalidità, logopedia, sterilità, pediatria, salute mentale e medicina generale. Per ricevere informazioni in merito alla propria copertura (ad esempio, domande sui massimali applicabili o sulla situazione di una richiesta di rimborso), si prega di non contattare MediLine ma l'Helpline di Allianz Worldwide Care.



Recapiti

Per porre delle domande o ricevere assistenza, non esiti a contattare Allianz Worldwide Care ai seguenti recapiti:

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

E-mail: client.services@allianzworldwidedecare.com
Fax: + 353 1 630 1306

Telefono:

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

Le chiamate all'Helpline vengono registrate e sono monitorate ai fini 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 per richiedere un cambio vengono poste delle domande di sicurezza per verificare la loro identità.

Numeri gratuiti: www.allianzworldwidedecare.com/toll-free-numbers

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

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

www.allianzworldwidedecare.com