



Copertura internazionale per malattie gravi - Guida alle Prestazioni per polizze di gruppo
Valida dal 1° maggio 2021

Avenue

Per il vostro percorso di vita

Allianz  Care

Benvenuti

Insieme ai vostri familiari, potete adesso contare su Allianz Care per avere accesso alle migliori prestazioni sanitarie disponibili.

Questa guida è composta da due parti: "Come utilizzare la vostra copertura" raccoglie tutte le informazioni importanti che vi consigliamo di leggere prima di utilizzare la vostra copertura; "Termini e condizioni della copertura" spiega la vostra copertura in maggiore dettaglio.

Vi preghiamo di leggere questa guida insieme al Certificato di Assicurazione e all'Elenco delle Prestazioni per trarre il massimo vantaggio dalla vostra copertura.

COME UTILIZZARE LA VOSTRA COPERTURA

Panoramica della copertura	4
Servizio di gestione dei casi medici	10

TERMINI E CONDIZIONI DELLA VOSTRA COPERTURA

Termini e condizioni	16
Spiegazione della vostra copertura	18
Pagamento di una somma fissa pre-pattuita: procedura e termini	24
Gestione dei casi medici	26
Pagamento del premio	30
Amministrazione della vostra polizza	32
Ulteriori termini che si applicano alla vostra polizza	36
Informativa sulla protezione dei dati personali	38
Procedura per i reclami	39
Definizioni	40
Esclusioni	48

Il presente documento è una traduzione in italiano del documento in lingua inglese. Il testo in inglese è l'unico originale e con valore legale. Se eventuali discrepanze dovessero emergere tra la versione in italiano e la versione in inglese, quest'ultima sarà l'unica a dover essere considerata legalmente vincolante.

AWP Health & Life SA è soggetta alla regolazione dell'autorità francese di vigilanza prudenziale (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) ubicata all'indirizzo: 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Parigi Cedex 09, Francia.

AWP Health & Life 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 succursale irlandese. Compagnia registrata in Francia con il numero: 401 154 679 RCS Bobigny. La succursale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda con il numero 907619, all'indirizzo 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda. Allianz Care ed Allianz Partners sono ragioni sociali registrate di AWP Health & Life SA.



**COME
UTILIZZARE LA
VOSTRA
COPERTURA**

PANORAMICA DELLA COPERTURA

Per cosa ho copertura?

La polizza Avenue offre a voi (ed ai vostri familiari a carico inclusi nella vostra polizza) la copertura necessaria se richiedete un trattamento per uno dei seguenti casi medici gravi:

Casi medici coperti sia per adulti che per minori (d'età inferiore ai 18 anni)

- Trapianto di midollo osseo
- Cancro (inclusi tumori di organi solidi, linfomi e leucemia)
- Sostituzione o riparazione di una valvola cardiaca (per i minori, solo ove necessario a causa di febbre reumatica)
- Neurochirurgia
- Epilessia grave

Casi medici coperti solo per adulti

- Inserimento stent/angioplastica coronarica
- Bypass aorto-coronarico
- Trapianto di organi da un donatore vivente
- Interventi di chirurgia vascolare maggiore

Casi medici coperti solo per i minori (età inferiore ai 18 anni)

- Arti artificiali a seguito di un incidente con perdita di un arto
- Sindrome di Kawasaki
- Meningite o encefalite

Dove posso ricevere le cure?



Ci auguriamo che non dovrete mai richiedere cure mediche per i casi elencati sopra. Tuttavia, qualora ne aveste bisogno, potrete ricevere le cure necessarie nelle strutture sanitarie incluse nel tipo di rete medica Avenue da voi prescelto, come specificato nel vostro Elenco delle Prestazioni.

Vi invieremo un elenco di ospedali e cliniche specializzati nel vostro tipo di caso medico per la rete selezionata. Ad esempio, nel caso di un tumore, provvederemo ad inoltrarvi l'elenco delle strutture sanitarie specializzate in cure oncologiche incluse nella rete di vostra scelta. Potrete scegliere qualsiasi ospedale nell'elenco per ricevere le cure necessarie.

Tutte le strutture sanitarie della rete Avenue sono state selezionate in base all'area di specializzazione medica ed agli standard di servizio internazionali. A seconda del livello di copertura scelto, potrete accedere a ospedali e cliniche in Europa, Asia, Medio Oriente, Africa e America settentrionale.

Se il vostro programma è Avenue Business 1 Plus, siete inoltre coperti per i trattamenti ammissibili nel vostro Paese principale di residenza. Se il programma è Avenue Business 2 Plus o Avenue Business 3 Plus, siete coperti per i trattamenti ammissibili nel vostro Paese principale di residenza e nel Paese di origine dichiarato, se diverso da quello di residenza.

Quando posso iniziare ad accedere ai servizi e alle prestazioni del mio programma?



Potete iniziare ad accedere ai servizi e alle prestazioni offerti non appena ricevete conferma da un medico che voi o un vostro familiare a carico avete bisogno di ricevere cure per uno dei casi medici coperti. La copertura si intende applicabile da quel momento in poi, ovvero le spese della diagnosi iniziale non sono coperte dal vostro programma. La copertura è soggetta ai termini ed alle condizioni del programma, come descritto nella presente Guida alle Prestazioni, nell'Elenco delle Prestazioni e nel Certificato di Assicurazione.



Come posso accedere alla copertura e quale procedura viene seguita?



Dopo aver ricevuto conferma da un medico che voi o un vostro familiare a carico avete bisogno di ricevere un trattamento per uno dei casi medici coperti, vi sarà sufficiente chiamarci al più presto.

La nostra Helpline è aperta 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, per rispondere alle vostre chiamate:

 **+353 1 630 1305**

La lista aggiornata dei nostri numeri verdi è disponibile alla pagina: www.allianzcare.com/it/pages/toll-free-numbers/.

 **client.services@allianzworldwidecare.com**

Quando ci chiamate, vi chiederemo di fornire informazioni di supporto alla diagnosi per sottoporle alla valutazione del nostro Team Medico. Inoltre dovremo confermare che il caso medico non è correlato ad una condizione preesistente. Per questo motivo dovrete anche inviarci prove mediche fornite da un medico per dimostrare che voi o i vostri familiari a carico non avete avuto sintomi, chiesto pareri medici, richiesto test o indagini o ricevuto alcun tipo di trattamento nei 10 anni precedenti la data di inizio della polizza. Tutte le informazioni mediche fornite saranno valutate dal nostro Team Medico.

Se necessario, potremo richiedere un secondo parere medico indipendente tramite un consulente sanitario internazionale per verificare la diagnosi. Dopo la conferma della diagnosi iniziale e il termine



del periodo di carenza applicabile, potrete accedere immediatamente alle vostre prestazioni ed al servizio di gestione del vostro caso medico. Inoltre, avrete l'opzione di accettare il pagamento di una somma fissa pre-pattuita anziché accedere ai nostri servizi. Per informazioni dettagliate sul periodo di carenza applicabile a ciascuna opzione, consultate il vostro Elenco delle Prestazioni.

Di seguito riassumiamo le due opzioni:



Pagamento di una somma fissa pre-pattuita

Il pagamento di una somma forfettaria è un'opzione inclusa nel vostro programma (per conoscerne l'importo esatto, fate riferimento al vostro Elenco delle Prestazioni). Se scegliete questa opzione, la somma verrà versata sul vostro conto bancario. In tal caso, non potrete accedere al nostro servizio di gestione del caso medico, né potrete inviare una richiesta di rimborso per le spese sostenute per la cura di quel tipo specifico di caso medico incluso nella vostra polizza. Tuttavia, se in futuro si presenterà un caso medico diverso coperto dalla vostra polizza, avrete nuovamente l'opportunità di scegliere tra il pagamento di una somma fissa pre-pattuita e l'accesso al servizio di gestione del caso medico.



Servizio di gestione dei casi medici

Se scegliete questa opzione, assegneremo un responsabile dedicato alla gestione del vostro caso. Il responsabile fa parte del nostro team medico e si occuperà di organizzare e amministrare vari servizi (ad esempio l'appuntamento medico iniziale). Questa opzione vi consente inoltre di inviare una richiesta di rimborso delle spese mediche ammissibili per quel caso. Copriremo i costi entro i limiti del massimale di prestazione specificato nel vostro Elenco delle Prestazioni: a quel punto, la copertura di quel tipo specifico di caso medico terminerà. Tuttavia, se in futuro si presenterà un caso medico diverso coperto dalla vostra polizza, il rimborso delle spese mediche nei limiti del massimale di prestazione sarà nuovamente disponibile per quel caso.

Per maggiori informazioni, consultate la sezione "Servizio di gestione del caso medico". Il pagamento di una somma fissa pre-pattuita in base al vostro programma Avenue potrebbe ammontare ad un importo minore del valore totale del servizio di gestione del caso medico e delle prestazioni incluse nella vostra polizza. Per informazioni dettagliate sulla differenza di valore tra le due opzioni, consultate il vostro Elenco delle Prestazioni.

Ci occupiamo unicamente di organizzare l'accesso alle cure mediche. I servizi di gestione dei casi medici non offrono consigli sulla salute o di carattere medico e non sostituiscono in alcun modo le consulenze, la diagnosi e le cure di un medico qualificato. Non siamo responsabili di eventuali reclami, perdite o danni causati direttamente o indirettamente dalle azioni o dalle omissioni di fornitori terzi di servizi sanitari con riferimento a cure, consigli o diagnosi corrette, errate o mancate.

Servizio di counseling e servizi di consulenza legale e finanziaria



Sappiamo che la diagnosi di una malattia grave è una fonte di preoccupazione. I programmi Avenue vi consentono di accedere a servizi di counseling e supporto psicologico e di consultare un esperto di questioni legali e finanziarie per aiutare voi e la vostra famiglia a superare ogni difficoltà derivante dalla diagnosi. Questi servizi sono offerti in diverse lingue 24 ore su

24, tutti i giorni dell'anno.

Il servizio di counseling professionale e confidenziale offre a voi e alla vostra famiglia la possibilità di ricorrere a un consulto con un esperto di persona, telefonicamente o tramite chat online dal vivo, collegamento video oppure e-mail, in base alle vostre preferenze.

I servizi di consulenza legale e finanziaria offerti dai programmi Avenue vi consentono di ricevere i consigli di un esperto di questioni legali o finanziarie per qualsiasi domanda che potreste avere durante le cure.

Permetteteci di aiutare:



+1 905 886 3605

Questo non è un numero di telefono gratuito. Tuttavia, potrebbero essere disponibili numeri di telefono locali. L'elenco completo dei nostri "numeri di accesso in tutto il mondo" è disponibile all'indirizzo:



www.workhealthlife.com/AWCEXpat

(sito disponibile in inglese, francese e spagnolo)

Un operatore di lingua inglese risponderà alle vostre chiamate, ma potete chiedere di parlare con qualcuno in un'altra lingua. Se non ci sono operatori disponibili nella lingua da voi richiesta, fisseremo un appuntamento per offrirvi i nostri servizi con la presenza di un interprete.

I servizi di counseling e consulenza legale e finanziaria sono messi a disposizione da Lifeworks by Morneau Shepell, soggetti all'accettazione dei nostri termini e condizioni. Comprendete ed accettate che AWP Health & Life SA (succursale irlandese) e/o AWP Health & Life Services Limited non sono responsabili di eventuali reclami, perdite o danni derivanti direttamente o indirettamente dall'utilizzo dei suddetti servizi. Questi servizi potrebbero inoltre essere soggetti a restrizioni geografiche.



SERVIZIO DI GESTIONE DEI CASI MEDICI

Sappiamo che cercare di ottenere delle cure può essere stressante. Per consentirvi di concentrarvi sulla guarigione, possiamo occuparci delle attività amministrative.

Il funzionamento del servizio

Un membro del nostro team medico assumerà il ruolo di responsabile dedicato alla gestione del vostro caso e fornirà questi servizi:

01

Per prima cosa, il responsabile esaminerà i dettagli del vostro caso medico (ad esempio i referti medici, i risultati degli esami, ecc.). Se necessario, potrà aiutarvi a richiedere un secondo parere medico indipendente tramite un consulente sanitario internazionale per verificare la diagnosi. Dopo la conferma della diagnosi, il responsabile vi illustrerà le opzioni disponibili per concordare un piano di cure.

02

Il responsabile suggerirà tre Paesi tra quelli inclusi nella rete da voi scelta come possibili destinazioni per il trattamento necessario. Una volta concordato il Paese in cui riceverete il trattamento, il responsabile preparerà un elenco di strutture sanitarie idonee in quel Paese ed incluse nella vostra rete Avenue; non dovrete perciò occuparvi personalmente di laboriose ricerche.

Dopo aver esaminato l'elenco, dovrete comunicare al responsabile l'ospedale da voi scelto per ricevere il trattamento.

Vi preghiamo di notare quanto segue

Se il vostro programma è Avenue Business 1 Plus, siete inoltre coperti per i trattamenti ammissibili nel vostro Paese principale di residenza. Se il programma è Avenue Business 2 Plus o Avenue Business 3 Plus, siete coperti per i trattamenti ammissibili nel vostro Paese principale di residenza e nel vostro Paese di origine, se diverso da quello di residenza. Un volta comunicato al responsabile del vostro caso medico se preferite ricevere le cure nel vostro Paese principale di residenza (o in quello di origine, per i programmi Avenue Business 2 Plus e Avenue Business 3 Plus), riceverete l'elenco degli ospedali tra cui scegliere.

Se il vostro Paese principale di residenza (o il vostro Paese di origine) si trova in un'area geografica non coperta dalla nostra rete di strutture sanitarie, potete identificare autonomamente un ospedale idoneo e comunicare la scelta al responsabile del caso medico. Il responsabile vi aiuterà a compilare una Richiesta di garanzia di pagamento, di cui avrà bisogno per contattare l'ospedale da voi scelto e organizzare (ove possibile) il pagamento diretto del trattamento in regime di ricovero.

03

Il responsabile del vostro caso medico agirà da contatto diretto con l'ospedale da voi scelto per organizzare l'appuntamento medico iniziale (necessario prima che cominciate il programma di cure) e, se applicabile, per pianificare il pagamento diretto dei trattamenti ammissibili in regime di ricovero.

Qualora l'ospedale si trovi a più di 50 km di distanza dal vostro luogo di residenza, il responsabile organizzerà inoltre il viaggio (ad eccezione dei tragitti in treno o taxi) e l'alloggio per voi, un accompagnatore e (se applicabile) il donatore. Le spese di viaggio sono coperte fino al massimale di prestazione previsto dal vostro programma. Se avrete bisogno di spostarvi in treno o taxi per raggiungere la struttura sanitaria, discutete il programma di viaggio con il vostro responsabile. Una volta concordati i dettagli, potrete prenotare il treno o il taxi e inoltrare successivamente una richiesta di rimborso delle spese.

Per i trattamenti all'estero in un Paese della rete Avenue, il responsabile organizzerà inoltre un servizio di accompagnamento, che può includere la scorta medica fino al Paese di destinazione e/o un servizio di interpretariato nella struttura sanitaria in cui riceverete le cure.

Sfortunatamente, il responsabile del caso medico non potrà occuparsi di alcuni aspetti organizzativi, tra i quali, ad esempio:

- l'organizzazione di un visto e di altri documenti di viaggio eventualmente richiesti per il trattamento all'estero. Vi preghiamo di notare che, a norma di legge, non possiamo svolgere questi compiti a nome vostro e dovrete perciò occuparne personalmente.
- l'intermediazione con le autorità locali, qualora non possiate ottenere i documenti di viaggio necessari o siate bloccati all'ingresso del Paese di destinazione scelto per ricevere il trattamento. Vi preghiamo di notare che non ci assumiamo alcuna responsabilità in tali casi.

Tuttavia, qualora veniate a conoscenza di problemi relativi all'ottenimento dei documenti di viaggio per quel Paese specifico, il responsabile del vostro caso medico potrà suggerirvi strutture sanitarie idonee e alternative in un altro Paese, per consentirvi di iniziare il trattamento senza alcun ritardo.

04

Il responsabile del caso medico vi contatterà periodicamente per l'intera durata del trattamento per:

- verificare l'andamento delle cure;
- fornirvi informazioni sui trattamenti alternativi disponibili per il vostro caso.

Notate che lo scopo del servizio di gestione del caso medico è assistervi nell'organizzazione del programma di trattamento e delle sue attività amministrative. Il servizio non offre consigli sulla salute o di carattere medico e non sostituisce in alcun modo le consulenze, la diagnosi e le cure di un medico qualificato.

Non siamo responsabili di eventuali reclami, perdite o danni causati direttamente o indirettamente dalle azioni o dalle omissioni di fornitori terzi di servizi sanitari con riferimento a cure, consigli o diagnosi corrette, errate o mancate.

Come inoltrare una richiesta di rimborso delle spese mediche

In virtù degli accordi da noi stipulati con gli ospedali e le cliniche della rete Avenue, il responsabile del vostro caso medico potrà organizzare il pagamento diretto delle spese ammissibili in regime di ricovero. Pertanto, non dovrete gestire personalmente alcuna fattura.

Tuttavia, non tutti i costi relativi al trattamento saranno necessariamente pagati direttamente da noi. Ciò si verificherà nei seguenti casi:



I vostri costi non si riferiscono al trattamento in regime di ricovero. Ad esempio, potreste avere bisogno di acquistare farmaci dietro prescrizione o avere consulti medici fuori ricovero. Tali spese sono coperte entro i massimali delle prestazioni fuori ricovero riportati nell'Elenco delle Prestazioni (qualora si riferiscano a servizi e prodotti medici inclusi nel programma di trattamento concordato con il responsabile del vostro caso medico). Per le spese fuori ricovero ammissibili, dovrete prima effettuare il pagamento e successivamente inviarci una richiesta di rimborso.



Avete concordato con il responsabile del caso medico di ricevere **il trattamento nel vostro Paese principale di residenza o nel vostro Paese di origine in un ospedale non incluso nella nostra rete.** In casi rari, l'ospedale scelto potrebbe rifiutare di accettare il nostro pagamento diretto per i trattamenti in regime di ricovero. In questi casi, dovrete prima effettuare il pagamento delle spese mediche e successivamente inviarci una richiesta di rimborso.



Avete bisogno di viaggiare in treno o taxi per raggiungere la struttura sanitaria prescelta, come concordato con il vostro responsabile. Gli spostamenti in treno o taxi non sono organizzati da noi, ma provvederemo a rimborsarvi i costi entro i massimali di prestazione riportati nell'Elenco delle Prestazioni.



Per inoltrare la richiesta di rimborso delle spese ammissibili, potete utilizzare l'applicazione o il portale online MyHealth. Per accedere a MyHealth, andate alla pagina:

<https://my.allianzcare.com/myhealth>

È sufficiente fornire alcuni dettagli fondamentali, fotografare le fatture e premere "Invio". Se abbiamo tutte le informazioni richieste, possiamo evadere e pagare il vostro rimborso entro 48 ore dalla ricezione.

Il contenuto del portale online e dell'applicazione MyHealth ha scopo puramente informativo e gli utenti rimangono responsabili delle decisioni prese in merito alla propria salute. L'applicazione e il portale online MyHealth non offrono consigli sulla salute o di carattere medico e non sostituiscono in alcun modo le consulenze, la diagnosi e le cure di un medico qualificato. Gli utenti comprendono e accettano che Allianz Care e tutte le società dell'Allianz Group non sono responsabili di eventuali

reclami, perdite o danni derivanti direttamente o indirettamente dall'uso dell'applicazione o del portale online MyHealth.

Per qualsiasi domanda relativa alle richieste di rimborso, o se desiderate semplicemente verificare lo stato di una richiesta, contattate la nostra Helpline:

 **+353 1 630 1305**

Per ulteriori informazioni sul nostro processo di richiesta di rimborso, fate riferimento alla sezione "Richieste di rimborso" nel capitolo "Termini e condizioni" della presente guida.

Notate inoltre che la copertura e il rimborso delle spese mediche sono soggetti ad alcuni limiti. Per maggiori informazioni, fate riferimento alla sezione "Massimali di prestazione, massimale di prestazione per condizione medica e massimale di polizza" della presente guida.

Per informazioni dettagliate sul servizio di gestione dei casi medici, consultate la sezione "Termini e condizioni".







**TERMINI E
CONDIZIONI
DELLA
VOSTRA
COPERTURA**

TERMINI E CONDIZIONI

Questa sezione fornisce dettagli sulle prestazioni standard e sulle clausole della polizza di copertura sanitaria Avenue. Vi preghiamo di leggere questo documento 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). Vi invieremo un Certificato di Assicurazione aggiornato per registrare ogni cambio nella polizza. Tale cambio potrebbe essere stato richiesto dalla vostra azienda, o essere un cambio che noi abbiamo il diritto di effettuare. Potrebbero anche essere cambi che avete richiesto voi (previa approvazione da parte della vostra azienda), come l'inclusione nella copertura di un nuovo familiare a carico.
- L'**Elenco delle Prestazioni**, che descrive il programma o i programmi selezionati, il tipo di rete medica applicabile, le prestazioni ed i servizi a vostra disposizione. In questo documento si indicano inoltre quali prestazioni sono soggette a massimali e/o a periodi di carenza, nonché il massimale di prestazione per condizione medica ed il massimale di polizza applicabili al programma. Le somme indicate nell'Elenco delle Prestazioni sono nella valuta concordata con la vostra azienda (o con voi, se siete responsabili per il pagamento del vostro premio assicurativo).

Per informazioni specifiche in merito al contratto assicurativo firmato dalla vostra azienda, contattate l'Amministratore di Polizza della vostra azienda. I termini e le condizioni della copertura possono essere soggetti a variazioni che di volta in volta potrebbero essere concordati tra noi e la vostra azienda.



SPIEGAZIONE DELLA VOSTRA COPERTURA

Il programma selezionato dalla vostra azienda è indicato nel vostro Elenco delle Prestazioni, che comprende una lista di tutte le prestazioni coperte, dei servizi inclusi e di tutti i massimali applicabili. Per una spiegazione del modo in cui i massimali di prestazione vengono applicati al vostro programma, consultate la sezione "Massimali di prestazione, massimale di prestazione per condizione medica e massimale di polizza".

La copertura inoltre è soggetta alle definizioni ed esclusioni di polizza (anch'esse disponibili in questa Guida).

La copertura offerta

La vostra polizza fornisce a voi ed a qualsiasi familiare a carico la copertura dei trattamenti necessari dal punto di vista medico e dei relativi costi, servizi e/o materiali come indicato nell'Elenco delle Prestazioni e come concordato con noi nel vostro programma di trattamento. Rimborseremo solamente le spese mediche che sono "ragionevoli e consuetudinarie" e conformi alle procedure mediche standard e generalmente accettate per una determinata procedura medica in un determinato Paese. Abbiamo il diritto di rifiutare o ridurre l'ammontare del rimborso, se consideriamo inappropriato l'ammontare richiesto.

I casi medici che sono stati diagnosticati o trattati durante il periodo di carenza non sono coperti dal programma Avenue, a meno che non siano il risultato diretto di un incidente accaduto durante tale periodo. Tali casi medici relativi ad incidenti saranno valutati e coperti dopo che i relativi periodi di carenza saranno trascorsi.

Il vostro programma non include un'assicurazione di viaggio. Se desiderate tale copertura supplementare, dovrete stipulare una polizza assicurativa per voi ed i vostri familiari a carico, accompagnatori o donatori che offra una copertura appropriata per i viaggi eventualmente necessari per ricevere il trattamento coperto dal programma Avenue.

La copertura fornita da Avenue non è sostitutiva della copertura assicurativa sanitaria obbligatoria necessaria in determinati Paesi. La copertura in alcuni Paesi potrebbe essere soggetta ad obbligazioni legali locali per quanto riguarda l'assicurazione medica ed è vostra responsabilità accertarvi che la vostra copertura sanitaria sia idonea a fini di legge.

Inizio e termine della copertura per voi ed i vostri familiari a carico

La copertura è valida a partire dalla data di inizio indicata sul Certificato di Assicurazione e continua fino alla data del rinnovo della polizza aziendale (anche questa indicata nel Certificato di Assicurazione). Generalmente, il periodo di vigenza della polizza corrisponde ad un Anno Assicurativo, se non diversamente concordato con la vostra azienda o a meno che la vostra polizza non sia iniziata durante il corso di tale Anno Assicurativo. Al termine del periodo di vigenza della polizza, la vostra azienda può rinnovare il contratto sulla base dei termini e condizioni vigenti in quel momento. Sarete vincolati a tali termini e condizioni.

La copertura di eventuali familiari a carico inizia dalla data di entrata in vigore indicata sul più recente Certificato di Assicurazione che li indica come familiari a carico. La loro copertura assicurativa può continuare per tutto il tempo in cui continuate a fare parte del programma di gruppo e fino al loro raggiungimento del Massimale di Polizza e/o il loro compimento di 70 anni d'età. Per i bambini, la copertura assicurativa continuerà finché rimangono al di sotto del limite di età da noi definito. 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 a proprio nome una polizza Avenue per clienti individuali.

Patologie preesistenti

Le patologie preesistenti non sono coperte dal vostro programma Avenue. Le patologie preesistenti si riferiscono alle condizioni mediche indicate nell'“Elenco dei casi medici” incluso in questa guida (ma non limitatamente ad esse), per le quali uno o più sintomi si sono manifestati nei 10 anni precedenti:

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

Ciò vale indipendentemente dal fatto che voi oppure i vostri familiari a carico abbiate richiesto assistenza o cure mediche, e a prescindere dal fatto che una diagnosi sia stata formulata o meno. È obbligatorio che presentiate prove mediche fornite da un dottore qualificato quando inoltrate una richiesta di rimborso, per dimostrare che voi o i vostri familiari a carico non abbiate avuto sintomi, richiesto un parere medico, richiesto esami o indagini o ricevuto alcun tipo di trattamento per una condizione medica nei 10 anni precedenti le date sopra indicate. Riterremo tali condizioni mediche preesistenti ogni volta che possiamo ragionevolmente presumere che voi oppure i vostri familiari a carico ne foste a conoscenza. Se stabiliamo che la patologia medica è preesistente, la richiesta di rimborso per il caso medico verrà rifiutata.

Elenco dei casi medici

Casi medici	Patologie preesistenti
Trapianto di midollo osseo	<ul style="list-style-type: none"> • Grave anemia e alfa-thalassemia • Linfoma o leucemia preesistente • Cancro preesistente • Precedente chemioterapia o radioterapia
Cancro	<ul style="list-style-type: none"> • Cancro derivante da AIDS • Cancro causato direttamente o indirettamente da una condizione preesistente • Cancro che è preesistente (questo significa che avete già avuto questo tipo di cancro in passato, anche se era prima dell'inizio della vostra polizza) • Cancro della pelle, eccetto i melanomi e i carcinomi squamocellulari. • Displasia cervicale • Infezione da HPV
Inserimento stent/angioplastica coronarica	<ul style="list-style-type: none"> • Fattori di rischio cardiovascolare (combinazione di almeno 3 dei seguenti elementi): <ul style="list-style-type: none"> - Obesità patologica (IMC > 35) - Ipertensione/pressione sanguigna alta - Ipercolesterolemia - Tabagismo (oltre 30 unità al giorno) - Alterato metabolismo del glucosio (DM 1 e 2, ecc.) - Storia medica familiare • Obesità patologica (IMC > 40) • Precedente angioplastica/stenting/BPAC • Precedente angina pectoris • Precedente infarto miocardico
Bypass aorto-coronarico	<ul style="list-style-type: none"> • Fattori di rischio cardiovascolare (combinazione di almeno 3 dei seguenti elementi): <ul style="list-style-type: none"> - Obesità patologica (IMC > 35) - Ipertensione/pressione sanguigna alta - Ipercolesterolemia - Tabagismo (oltre 30 unità al giorno) - Alterato metabolismo del glucosio (DM 1 e 2, ecc.) - Storia medica familiare • Obesità patologica (IMC > 40) • Precedente angioplastica/stenting/BPAC • Precedente angina pectoris • Precedente infarto miocardico
Trapianto di organi da un donatore vivente	<ul style="list-style-type: none"> • Epatopatia alcolica • Diabete mellito di tipo 1 • Diabete mellito di tipo 2 con una storia di 10 anni • Epatite B o C • Cirrosi epatica • Disturbi autoimmuni, quali l'artrite reumatoide, la sclerosi multipla, il lupus eritematoso sistemico, eccetera. • Elevata Eliminazione della Creatinina • Cancro preesistente • Gravi condizioni respiratorie quali la broncopneumopatia cronica ostruttiva, la fibrosi cistica, eccetera.
Interventi di chirurgia vascolare maggiore	<ul style="list-style-type: none"> • Storia preesistente di qualsiasi aneurisma • Stenosi dell'arteria renale • Malattia delle arterie periferiche • Cardiopatia ischemica
Meningite/encefalite (solo per bambini)	<ul style="list-style-type: none"> • Precedente meningite/encefalite con residui • HIV/AIDS • I virus dell'herpes simplex, il virus della varicella zoster

Neurochirurgia	<ul style="list-style-type: none"> • Tumori pre-esistenti del cervello (benigni o maligni) • Aneurismi preesistenti dell'arteria cerebrale • Malformazioni artero-venose cerebrali preesistenti • Tumori preesistenti del midollo spinale (benigni o maligni)
Epilessia grave	<ul style="list-style-type: none"> • Epilessia grave preesistente • Epilessia preesistente trattata con almeno 2 farmaci antiepilettici • Danni al cervello, quali tumori cerebrali o ictus • Paralisi cerebrale o altre anomalie neurologiche dello sviluppo • Malattie infettive quali la meningite, l'AIDS e l'encefalite virale • Trauma alla testa • Alcolismo o astinenza da alcol (autoesclusione) • Morbo di Alzheimer • Cancro preesistente con potenziale metastasi cerebrali
Arti artificiali a seguito di un incidente con perdita di un arto (solo per bambini)	Incidenti, lesioni o traumi preesistenti
Sostituzione o riparazione di una valvola cardiaca	<ul style="list-style-type: none"> • Storia di febbre reumatica con residui • Valvola aortica bicuspidale congenita • Prolasso della valvola mitrale moderato o grave • Ipertrofia ventricolare • Storia di endocardite • Ipertensione polmonare
Sindrome di Kawasaki (solo per bambini)	Sindrome di Kawasaki preesistente

Massimali di prestazione, massimale di prestazione per condizione medica e massimale di polizza

Il vostro programma prevede dei massimali di prestazione, un massimale di prestazione per condizione medica ed un massimale della polizza (vi preghiamo di fare riferimento al vostro Elenco delle Prestazioni).

Il **massimale di prestazione** rappresenta l'importo massimo che pagheremo per una specifica prestazione. Ad esempio in alcuni programmi la prestazione "Terapia farmacologica mirata" è coperta fino a 31.540 £/38.000 €/51.300 US\$/49.400 CHF.

Il **massimale di prestazione per condizione medica** rappresenta la cifra massima che pagheremo per un tipo specifico di caso medico tra quelli riportati nell'Elenco delle Prestazioni. Vi preghiamo di notare quanto segue:

- Il massimale di prestazione per condizione medica si applica a ciascuna condizione medica: una volta raggiunta tale somma, la copertura per quel tipo di caso medico terminerà. Ad esempio, se la vostra condizione medica è "cancro", non avrete più copertura dopo aver esaurito l'importo del vostro massimale di prestazione per condizione medica, anche se in futuro vi venisse diagnosticato un nuovo e diverso caso medico oncologico. Tuttavia, se in futuro si presenterà un tipo di condizione diversa tra quelle incluse nel vostro programma (ad esempio, trapianto di organi da un donatore vivente), un nuovo massimale di prestazione per condizione medica sarà a vostra disposizione per la nuova condizione medica.
- Se utilizzate una somma inferiore a quella del massimale di prestazione per condizione medica per un tipo specifico di caso medico, potrete utilizzare l'importo rimanente in futuro qualora quello stesso tipo di caso si ripresenti. Ad esempio, se il vostro caso medico è "cancro" e le spese mediche del trattamento sono inferiori al massimale, potrete usufruire dell'importo rimanente se in futuro si verificherà una recrudescenza della patologia.
- il massimale di prestazione per condizione medica si applica anche a persona: ciò significa che, se avete incluso dei familiari a carico nella vostra polizza, ogni familiare a carico avrà accesso al proprio massimale di prestazione per condizione medica, separatamente dagli altri familiari a carico.

Il **massimale di polizza** rappresenta l'importo massimo totale che pagheremo per tutti i casi medici coperti dalla vostra polizza. Tale massimale si applica per assicurato, ovvero separatamente per ciascuna persona inclusa nella polizza. Una volta che una delle persone incluse nella vostra polizza raggiunge il limite previsto dal Massimale di Polizza, la copertura terminerà e l'assicurato non potrà più rinnovare la polizza, né acquistarne una nuova.

Periodi di carenza

Le prestazioni coperte dalla polizza sono soggette a periodi di carenza. Tali periodi di carenza si applicano a tutte le persone assicurate indipendentemente dalle dimensioni del gruppo. Il periodo di carenza è il periodo che deve decorrere dalla data di inizio della vostra polizza assicurativa prima che possiate accedere alle prestazioni coperte dalla vostra polizza. I casi medici che sono stati diagnosticati o trattati durante il periodo di carenza non sono coperti dal programma Avenue, a meno che non siano il risultato diretto di un incidente accaduto durante tale periodo. Tali casi medici relativi ad incidenti saranno valutati e coperti dopo che i relativi periodi di carenza saranno trascorsi. Per informazioni dettagliate sul periodo di carenza applicabile a ciascuna prestazione, consultate il vostro Elenco delle Prestazioni.

Cosa succede quando ci chiamate per comunicarci il vostro caso medico

Quando ci chiamate per informarci che avete ricevuto una diagnosi o un programma di trattamento per uno dei casi medici coperti dalla polizza, seguiremo il processo e applicheremo i termini descritti a seguire:

- **Pre-approvazione:** si tratta di un requisito preliminare per poter accedere alla copertura offerta dai programmi Avenue. Il processo di pre-approvazione viene organizzato da noi non appena ci comunicate di avere ricevuto una diagnosi o un programma di trattamento per uno dei casi medici coperti dalla vostra polizza. Per completare il processo, avremo bisogno di tutta la documentazione relativa alla diagnosi e al programma di trattamento (risultati dei test, ecc.). Per potere avviare il processo di pre-approvazione, è vostra responsabilità fornire tale documentazione, in mancanza della quale potremmo non offrire la copertura richiesta.

Se per qualsiasi motivo, in seguito al processo di pre-approvazione, dovessimo identificare che le vostre condizioni o le procedure mediche richieste non rientrano nell'ambito di questa copertura, vi informeremo immediatamente e vi forniremo le spiegazioni necessarie. In questo caso, non avrete copertura per il vostro specifico caso medico.

- **Patologie preesistenti:** dovremo confermare che il caso medico non è correlato ad una condizione preesistente. Per questo motivo dovrete anche inviarci prove mediche fornite da un medico per dimostrare che voi o i vostri familiari a carico non avete avuto sintomi, chiesto pareri medici, richiesto test o indagini o ricevuto alcun tipo di trattamento nei 10 anni precedenti la data di inizio della polizza. Tutte le informazioni mediche fornite saranno valutate dal nostro Team Medico.
- **Consulto per ricevere un secondo parere medico:** se richiesto, organizzeremo un consulto con un esperto indipendente con competenze internazionali per offrirvi un secondo parere medico. Tale parere avrà lo scopo di confermare la diagnosi iniziale e il programma di trattamento proposto. Questo servizio è disponibile sia che scegliate di ricevere una somma fissa pre-pattuita o che preferiate accedere al servizio di gestione del caso medico. Vi preghiamo di notare che il secondo parere medico viene offerto da un fornitore terzo di servizi sanitari esterno all'Allianz Group. Allianz Care e tutte le società dell'Allianz Group non sono responsabili di eventuali reclami, perdite o danni derivanti direttamente o indirettamente dall'uso di questo servizio. Questo servizio potrebbe essere soggetto a restrizioni geografiche.
- **La vostra preferenza:** dopo aver ottenuto la pre-approvazione per il vostro caso medico e (ove applicabile) un secondo parere medico, potete accedere immediatamente al servizio di gestione del caso medico e alle prestazioni offerte dalla polizza. Inoltre, avrete l'opzione di accettare il pagamento di una somma fissa pre-pattuita anziché accedere ai nostri servizi. Per informazioni dettagliate sul periodo di carenza applicabile a ciascuna opzione, consultate il vostro Elenco delle Prestazioni.

Se desiderate richiedere il pagamento di una somma fissa pre-pattuita, seguite il processo descritto nella seguente pagina.

PAGAMENTO DI UNA SOMMA FISSA PRE-PATTUITA: PROCEDURA E TERMINI

Se scegliete di ricevere il pagamento di una somma fissa pre-pattuita in base ai termini del vostro programma, vi preghiamo di notare che il pagamento della somma verrà effettuato solo se il beneficiario della somma (sia esso il titolare della polizza o un familiare a carico) è in vita.

Una volta confermato che preferite ricevere tale somma secondo quanto stabilito dal vostro programma Avenue, non potrete accedere al servizio di gestione del caso medico in questione, né potrete chiedere il rimborso delle spese sostenute per il trattamento del caso medico.

Il pagamento di una somma fissa pre-pattuita in base al vostro programma Avenue potrebbe ammontare a un importo minore del valore totale del servizio di gestione del caso medico e della prestazione inclusi nella vostra polizza. Per informazioni dettagliate sulla differenza di valore tra le due opzioni, consultate il vostro Elenco delle Prestazioni.

Provvederemo ad inviarvi un modulo di Richiesta di una somma fissa pre-pattuita e un elenco di documenti di supporto necessari affinché possiate ricevere il pagamento. A quel punto, dovrete compilare il modulo e spedirlo unitamente alla documentazione di supporto. Potreste doverci fornire, quando richiesto, eventuali ulteriori informazioni di cui potremmo avere bisogno. Il pagamento verrà effettuato entro cinque giorni lavorativi dalla data di approvazione.

Per motivi di sicurezza, prima del pagamento della somma fissa pre-pattuita dovrete fornire prova della vostra identità. Inoltre, ci riserviamo il diritto di verificare l'autenticità della documentazione di supporto prima di effettuare il pagamento.



GESTIONE DEI CASI MEDICI

Procedura e termini

Al termine del processo di pre-approvazione, potrete accedere al servizio di gestione del caso medico per il vostro trattamento. Vi preghiamo di notare che seguiremo il processo e applicheremo i termini descritti a seguire:

- **Programma di trattamento:** dopo aver ricevuto tutte le informazioni mediche richieste per valutare il vostro caso e (se applicabile) il secondo parere medico, il vostro responsabile del caso medico vi illustrerà le opzioni di trattamento possibili tenendo conto delle vostre preferenze personali. Il responsabile elencherà i vantaggi e gli svantaggi di ciascuna opzione e vi darà la possibilità di scegliere il trattamento preferito; a quel punto, discuterete più in dettaglio il programma di trattamento, comprese le cure che riceverete in regime di ricovero e quelle fuori ricovero e il Paese in cui riceverete il trattamento (nel vostro Paese di origine, nel vostro Paese di residenza o all'estero) in base al programma Avenue da voi scelto.
- **Selezione dell'ospedale:** se scegliete di usufruire del servizio di gestione del caso medico, sarete tenuti a ricevere il trattamento in un ospedale della rete sanitaria Avenue. Il vostro responsabile suggerirà tre Paesi tra quelli inclusi nella rete come possibili destinazioni per il trattamento. Dopo aver concordato i Paesi, il responsabile preparerà un elenco di ospedali idonei della rete Avenue in tali Paesi da cui potrete scegliere. Durante il processo di selezione degli ospedali da includere nell'elenco, il responsabile terrà conto della vostra situazione medica, del tipo di trattamento necessario e della vostra preferenza geografica.

Al termine, vi verrà inviato l'elenco completo e vi sarà chiesto di selezionare un ospedale e di comunicarci la scelta entro un determinato periodo di tempo, trascorso il quale, in assenza di conferma, il programma di trattamento concordato e l'elenco di ospedali fornito non saranno più validi. Tuttavia, se invierete una nuova richiesta, provvederemo a valutare nuovamente il vostro programma di trattamento e a fornirvi un elenco di ospedali tenendo conto delle vostre condizioni di salute aggiornate.

Se il vostro programma è Avenue Business 1 Plus, siete inoltre coperti per i trattamenti negli ospedali del vostro Paese principale di residenza. Se il vostro programma è Avenue Business 2 Plus o Avenue Business 3 Plus, potete accedere ai trattamenti presso ospedali nel vostro Paese principale di residenza e nel vostro Paese di origine. Nel caso in cui non siano presenti ospedali della rete Avenue nel vostro Paese principale di residenza o nel Paese di origine, dovrete scegliere personalmente un ospedale idoneo e comunicare la decisione al responsabile del vostro caso medico.

Vi preghiamo di notare che i servizi di accompagnamento, come la scorta medica e il servizio di interpretariato, sono offerti solo per i trattamenti all'estero in strutture sanitarie della rete Avenue.

- **Spese mediche coperte:** fatti salvi i termini, le condizioni e i massimali della polizza, copriremo tutte le spese ammissibili per il trattamento in regime di ricovero presso l'ospedale della rete Avenue selezionato. Il pagamento verrà effettuato direttamente all'ospedale.

Se il vostro programma Avenue Business include l'opzione di trattamento nel vostro Paese principale di residenza o nel vostro Paese di origine, in quel Paese potrebbero non esserci ospedali della rete Avenue con i quali abbiamo un accordo di pagamento diretto. In tal caso, potete concordare con il vostro responsabile del caso medico di ricevere il trattamento presso un ospedale non incluso nella nostra rete e il responsabile vi aiuterà a compilare un modulo di Richiesta di Garanzia di pagamento. Avremo bisogno di questo modulo quando contatteremo l'ospedale selezionato per organizzare (ove possibile) il pagamento diretto del vostro trattamento in regime di ricovero. Nel raro caso in cui l'ospedale scelto rifiuti di accettare il nostro pagamento diretto, dovrete prima effettuare il pagamento delle spese mediche e successivamente inviarci una richiesta di rimborso.

Vi preghiamo di notare che alcuni costi non sono coperti dalla polizza, tra cui:

- spese mediche per trattamenti in regime di ricovero ricevuti in ospedali diversi da quello espressamente concordato con il vostro responsabile del caso medico;
- spese sostenute prima di avere concordato un ospedale con il vostro responsabile del caso medico e prima del consulto iniziale necessario per avviare il trattamento presso l'ospedale scelto;
- costi di trattamento eccessivi, ovvero non considerati ragionevoli e consuetudinari nel Paese del trattamento.

Per un elenco completo delle esclusioni della polizza, consultate la sezione "Esclusioni".



Richieste di rimborso delle spese mediche

Questa sezione si riferisce a:

- a) **le spese mediche ammissibili fuori ricovero per cui dovrete prima effettuare il pagamento e successivamente inviarci una richiesta di rimborso.** Le spese mediche ammissibili fuori ricovero si riferiscono ai trattamenti o consulti fuori ricovero e all'acquisto di farmaci e materiali sanitari, come concordato con il responsabile del caso medico per il vostro programma di trattamento. Rimborseremo questi costi entro i massimali riportati nell'Elenco delle Prestazioni e in conformità ai termini e alle condizioni del vostro programma;
- b) **le spese mediche in regime di ricovero senza pagamento diretto** nel vostro Paese principale di residenza o nel vostro Paese di origine, per un ospedale **non incluso nella nostra rete** in cui avete concordato con il vostro responsabile del caso medico di ricevere il trattamento. In casi rari, l'ospedale scelto potrebbe rifiutare di accettare il nostro pagamento diretto per i trattamenti in regime di ricovero. In questi casi, dovrete prima effettuare il pagamento delle spese mediche e successivamente inviarci una richiesta di rimborso;
- c) **gli spostamenti in treno o taxi necessari per raggiungere l'ospedale concordato per il trattamento, se questo si trova a più di 50 km dal vostro luogo di residenza.** Una volta concordato il programma di viaggio con il vostro responsabile del caso medico, dovrete prima pagare il costo del biglietto o del tragitto e successivamente inviarci una richiesta di rimborso allegando le fatture, le ricevute e una copia dell'accordo scritto concordato con il vostro responsabile in merito al programma di viaggio. Le spese verranno rimborsate nel rispetto dei massimali riportati nell'Elenco delle Prestazioni.

Con riferimento alle suddette spese, vi preghiamo di prestare attenzione alle seguenti condizioni:

- **Scadenza per l'inoltro delle richieste di rimborso:** tutte le richieste di rimborso delle spese ammissibili devono essere inoltrate (tramite l'applicazione o il portale MyHealth oppure il modulo di Richiesta di rimborso) entro e non oltre sei mesi dalla data di termine dell'Anno Assicurativo, salvo quanto diversamente previsto per legge. Se la copertura viene cancellata durante il corso dell'Anno Assicurativo, dovete inviare le richieste di rimborso entro e non oltre sei mesi dalla data di termine della copertura. Dopo tale scadenza, non siamo più tenuti ad effettuare alcun rimborso.
- **Inoltro delle richieste di rimborso:** dovrete inoltrare una richiesta di rimborso separata per ciascuna persona e per ciascuna condizione medica oggetto della richiesta.
- **Documentazione di supporto:** quando ci mandate le fotocopie della documentazione di supporto (ad esempio, le ricevute delle spese mediche), vi preghiamo di conservare la copia originale di tutti i documenti. Abbiamo il diritto di richiedervi le copie originali in qualsiasi momento fino a 12 mesi dopo il pagamento del rimborso. Potremmo inoltre richiedervi un giustificativo del pagamento (ad esempio, un estratto conto bancario o della carta di credito) a supporto delle ricevute mediche che avete pagato. È vostra responsabilità conservare copia di tutta la corrispondenza in generale intercorsa con noi: decliniamo ogni responsabilità per la corrispondenza che non riceviamo per ragioni estranee al nostro controllo.



- **Valuta:** vi preghiamo di specificare la valuta in cui desiderate ricevere il rimborso. In rare occasioni, a causa dei regolamenti bancari internazionali, potremmo non essere in grado di effettuare un pagamento in quella valuta. Se ciò si verifica, identificheremo una valuta alternativa appropriata. Se dobbiamo eseguire una conversione tra due valute, utilizzeremo il tasso di cambio in vigore alla data di emissione della fattura o quello in vigore al momento del pagamento del rimborso.

Vi preghiamo di notare che ci riserviamo il diritto di scegliere quale tasso di cambio della valuta applicare.

- **Rimborso:** le spese ammissibili verranno rimborsate esclusivamente entro i massimali della polizza riportati nell'Elenco delle Prestazioni.
- **Spese ragionevoli e consuetudinarie:** rimborseremo solamente le spese mediche che sono "ragionevoli e consuetudinarie", ovvero conformi ai costi standard generalmente richiesti per una determinata procedura medica in un determinato Paese. Ci riserviamo il diritto di rifiutare o ridurre il rimborso, se consideriamo inappropriato l'ammontare richiesto.
- **Caparre:** nel caso in cui il medico vi chiedesse di pagare una caparra prima di effettuare il trattamento, rimborseremo le spese solamente a trattamento concluso.
- **Fornitura di informazioni:** voi ed i vostri familiari a carico accettate di assisterci nell'ottenere tutte le informazioni necessarie all'evasione delle richieste di rimborso. Ci riserviamo il diritto di accedere a tutta la documentazione clinica disponibile e di metterci direttamente in contatto con la struttura sanitaria o il medico curante. Ove ritenuto necessario, ci riserviamo il diritto di richiedere, a nostre spese, una visita medica presso uno dei nostri consulenti medici. Tutte le informazioni fornite saranno trattate con la massima riservatezza. Se voi o i vostri familiari a carico non ci fornite supporto nell'ottenere le informazioni di cui abbiamo bisogno, ci riserviamo il diritto di sospendere la copertura.



PAGAMENTO DEL PREMIO

Se la vostra azienda paga il vostro premio assicurativo

Nella maggior parte dei casi la vostra azienda si occupa del pagamento del vostro premio assicurativo (e di quello di eventuali vostri familiari a carico), secondo quanto specificato nel Contratto Aziendale. La vostra azienda è inoltre responsabile per il pagamento di eventuali tasse assicurative o imposte relative alla vostra copertura (ad esempio la Tassa sul Premio Assicurativo IPT). In alcuni casi, però, vi potrebbe essere richiesto di pagare le tasse assicurative sul premio. Per maggiori informazioni, consultate la vostra azienda.

Se pagate il vostro premio assicurativo

Se siete responsabili per il pagamento del vostro premio assicurativo, dovete effettuare il pagamento della vostra copertura per tutta la durata del contratto assicurativo in anticipo. Il Certificato di Assicurazione conferma l'ammontare del premio concordato dalla vostra azienda ed il frazionamento del pagamento che avete scelto. Il **premio iniziale** o la prima rata devono essere versati immediatamente dopo l'accettazione da parte nostra della vostra richiesta di copertura. Quando ricevete la fattura, vi preghiamo di accertarvi che il vostro premio assicurativo corrisponda all'ammontare indicato nel preventivo concordato. Contattateci immediatamente se doveste riscontrare qualsiasi differenza. Non ci assumiamo alcuna responsabilità per i pagamenti effettuati tramite terzi. Il pagamento delle **rate successive** diventa esigibile il primo giorno del periodo di pagamento scelto applicabile.

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

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

Questi addebiti potrebbero essere già in vigore quando inizia la vostra copertura, ma potrebbero anche essere introdotti (o modificati) in seguito. Ogni addebito di questo tipo sarà visibile in fattura. Vi informeremo per iscritto se le vostre tasse o imposte cambiano o se vengono introdotte delle nuove tasse. Se non accettate le variazioni, avete il diritto di scegliere di cancellare la copertura. In questo caso, non applicheremo le variazioni se cancellate la vostra copertura entro 30 giorni dalla loro data di entrata in vigore (o, alternativamente, entro 30 giorni dalla data di comunicazione delle modifiche da parte nostra, se questa viene effettuata dopo l'entrata in vigore delle modifiche).

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

Ogni anno, in occasione del rinnovo, potremmo cambiare il metodo di calcolo del premio e delle tasse, l'ammontare del premio ed il metodo di pagamento. Se ciò accade, vi comunicheremo per iscritto le modifiche ed esse saranno valide solo a partire dalla data di rinnovo della vostra polizza. Se volete, potete cambiare il vostro metodo o la vostra frequenza di pagamento al momento del rinnovo della polizza. Vi preghiamo di inviarci per iscritto tale richiesta almeno 30 giorni prima della data di rinnovo.

Se, per qualsiasi ragione, siete impossibilitati a pagare il premio entro il termine prestabilito, vi preghiamo di contattarci per parlarne con noi, dal momento che un ritardo nel pagamento potrebbe causare la cancellazione della vostra copertura.



AMMINISTRAZIONE DELLA VOSTRA POLIZZA

Inclusione di familiari a carico

Potete richiedere l'inclusione nella copertura dei vostri familiari a carico se il contratto stipulato dalla vostra azienda con noi lo consente.

Informate la vostra azienda per iscritto per richiedere l'inclusione del vostro coniuge o figlio in qualità di familiare a carico.

I neonati potranno essere aggiunti alla polizza solo dopo 90 giorni dalla nascita. Se desiderate includere un bambino nella vostra polizza, informa la vostra azienda entro quattro settimane dal giorno in cui il bambino compie 90 giorni. Se non informate la vostra azienda entro questo lasso di tempo, la richiesta di copertura del bambino verrà sottoposta a valutazione del rischio assicurativo e, se accettata, la copertura inizierà da quattro settimane prima della data in cui riceviamo la notifica.

Dopo l'accettazione, emetteremo un nuovo Certificato di Assicurazione per riflettere l'aggiunta di un familiare a carico. Questo nuovo certificato sostituirà tutte le versioni precedenti del documento e sarà valido a partire dalla data d'inizio riportata nello stesso.

Cambiare Paese di residenza

È importante che contattiate la nostra Helpline e il vostro Amministratore di Polizza per farci sapere quando cambiate il vostro Paese di residenza principale. Questo potrebbe avere effetto sulla vostra copertura, sulla disponibilità dei servizi inclusi nel programma o sul premio, anche se vi trasferite in un Paese all'interno della vostra area di copertura (perché il vostro programma potrebbe non essere valido lì). In alcuni Paesi la copertura è soggetta a delle restrizioni legali locali in merito alla copertura assicurativa sanitaria, che si applicano soprattutto a coloro che sono permanentemente residenti in quel determinato Paese. È vostra responsabilità accertarvi che la vostra copertura sanitaria sia idonea a fini di legge. Se doveste avere dei dubbi in merito, vi raccomandiamo di consultare un consulente legale, dal momento che potremmo trovarci nell'impossibilità di continuare ad offrirvi copertura assicurativa. La copertura che vi offriamo non è sostitutiva della copertura assicurativa sanitaria obbligatoria necessaria in determinati Paesi.

Cambio di indirizzo o di indirizzo e-mail

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

Corrispondenza

Quando ci scrivete, vi preghiamo di recapitarci le vostre comunicazioni tramite e-mail o posta (con l'affrancatura pagata). Normalmente non restituiamo i documenti originali al mittente, ma se ce lo chiedete lo faremo.

Rinnovo della copertura

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

Se pagate il vostro premio assicurativo, la vostra polizza (e quella dei vostri familiari a carico, ove applicabile) viene automaticamente rinnovata per un altro Anno Assicurativo se:

- possiamo continuare a fornirvi copertura nel vostro Paese di residenza;
- tutti i premi a noi dovuti sono stati pagati;
- i vostri dati di pagamento sono ancora validi alla data di rinnovo della polizza. Per favore, aggiornateci se ricevete una carta di credito nuova o sostitutiva oppure se i dati del vostro conto bancario sono cambiati.

Termine della copertura

La vostra azienda può cancellare la vostra copertura o quella dei vostri familiari a carico informandoci per iscritto. La cancellazione della vostra copertura non può essere retrodatata. La copertura verrà cancellata automaticamente se:

- il contratto vigente tra noi e la vostra azienda non viene rinnovato al termine dell'Anno Assicurativo;
- la vostra azienda decide di cancellare o di non rinnovare la vostra copertura;
- la vostra azienda non paga il premio o qualsiasi altro saldo dovuto secondo i termini del Contratto Aziendale;
- siete responsabili del pagamento del premio e non ha avete pagato il premio o eventuali altri costi dovuti ai sensi del Contratto Aziendale;
- se smettete di lavorare per la vostra azienda;
- in caso di decesso del dipendente assicurato.
- se voi oppure i vostri familiari a carico raggiungete il massimale di polizza specificato nel vostro Elenco delle Prestazioni;
- al compimento dei 70 anni d'età da parte vostra o dei vostri familiari a carico. In tal caso, la copertura terminerà alla data di rinnovo successiva al 70esimo compleanno.

Se uno dei vostri familiare a carico raggiunge il massimale di polizza e/o compie 70 anni d'età (o 18 anni per i figli, 24 se sono studenti a tempo pieno) verrà semplicemente rimosso dalla polizza, che rimarrà comunque attiva per voi e per gli altri vostri familiari a carico. Tuttavia, se voi, in qualità di dipendente assicurato, raggiungete il Massimale di Polizza e/o compite 70 anni, la vostra copertura terminerà per voi e per i vostri familiari a carico. Se qualcuno dei familiari a carico inclusi nel Certificato di Assicurazione desidera continuare ad avere questa copertura, può richiedere la sottoscrizione di uno dei nostri programmi Avenue per clienti individuali. Fate riferimento alla sezione "Richiedere copertura privata quando termina la copertura offerta dal vostro gruppo" per ulteriori dettagli.

Possiamo terminare la vostra copertura e quella dei vostri familiari a carico se abbiamo ragionevole motivo di sospettare che abbiate tenuto o tentato di tenere un comportamento ingannevole. Con il termine "ingannevole" intendiamo l'atto di fornire false informazioni o di nascondere informazioni importanti, o l'atto di cooperare con terzi per fornirci informazioni false, tanto intenzionalmente quanto per negligenza, su quanto può influenzarci nel decidere:

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

Scadenza della polizza

Il vostro diritto al rimborso delle spese mediche termina alla scadenza della vostra polizza assicurativa. Rimborseremo le spese mediche coperte dalla polizza e da voi sostenute durante il periodo di validità della medesima fino a sei mesi dopo la data di scadenza del vostro contratto. Tuttavia, i trattamenti medici che continuate o iniziate a ricevere dopo la data di scadenza della polizza non saranno più coperti.

Richiedere copertura privata quando termina la copertura offerta dal vostro gruppo

Se smettete di essere coperti dal vostro programma assicurativo aziendale, potete richiedere tramite e-mail il trasferimento ad uno dei nostri Programmi Avenue per privati (dettagli a seguire). La richiesta deve essere effettuata entro un mese dalla data in cui lasciate la polizza aziendale. Potreste essere soggetti a valutazione del rischio assicurativo. Se accettiamo la vostra richiesta, la data di entrata in vigore della nuova polizza privata corrisponderà al giorno successivo a quello in cui avete lasciato il programma di gruppo.

@ individual.sales@allianzworldwidecare.com



ULTERIORI TERMINI CHE SI APPLICANO ALLA VOSTRA POLIZZA

- 1. Giurisdizione:** il vostro contratto assicurativo è soggetto alle leggi e ai tribunali del Paese indicato nel Contratto Aziendale, eccetto nei casi in cui la legge imponga diversamente.
- 2. Sanzioni economiche:** non forniremo la copertura se qualsiasi elemento della copertura, prestazione, attività, attività commerciale o attività sottostante viola qualsiasi legge o regolamento sanzionatorio o regolamento applicabile delle Nazioni Unite, dell'Unione Europea o qualsiasi altra legge o regolamento applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali.
- 3. Diritto alla copertura:** solo i dipendenti dell'azienda ed i loro familiari a carico che rientrano nel profilo descritto nel Contratto Aziendale hanno diritto alla copertura.
- 4. Responsabilità della compagnia assicurativa:** la nostra responsabilità nei vostri confronti si limita 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 questa polizza, dal programma sanitario pubblico e/o da altre assicurazioni, potrà superare l'importo totale della fattura.
- 5. Chi può apportare dei cambi alla vostra polizza:** nessuno, ad eccezione di un rappresentante designato o dell'Amministratore di Polizza, è autorizzato ad apportare modifiche alla vostra polizza per conto vostro. I cambi sono validi solo se concordati dalla vostra azienda con noi.
- 6. Quando la copertura è fornita da terzi:** potremmo rifiutare il rimborso delle spese se voi o uno dei vostri familiari a carico avete diritto a ricevere il rimborso delle spese da:
 - Una previdenza sociale
 - Altre coperture assicurative
 - Qualsiasi altra parte terza

In tale caso, siete tenuti a comunicarcelo e a fornirci tutte le informazioni necessarie. Voi e la parte terza non potete prendere accordi sul rimborso o ignorare il nostro diritto di recuperare le spese sostenute senza avere ottenuto il nostro benestare per iscritto. In caso contrario, avremo diritto di esigere da voi il risarcimento dei rimborsi che abbiamo pagato e di annullare la vostra polizza.

Abbiamo il diritto di richiedere il rimborso da qualsiasi parte terza dell'ammontare da noi pagato per una richiesta di rimborso, se i costi sono dovuti o coperti anche da loro. Questo processo prende il nome di surrogazione. Potremmo iniziare azioni legali a vostro nome, a nostre spese, per ottenere il rimborso.

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

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

8. Frode: non rimborseremo alcuna spesa medica relativa ad una richiesta di rimborso se:

- la richiesta di rimborso è falsa, fraudolenta o intenzionalmente esagerata;
- voi e/o i vostri familiari a carico (o terzi che agiscono a vostro nome) adottiate mezzi illeciti o fraudolenti al fine di ottenere i benefici offerti dalla polizza.

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

9. Contattare i familiari a carico: per poter amministrare la vostra polizza, potremmo avere bisogno di richiedere ulteriori informazioni. Se dovessimo avere bisogno di informazioni in merito ad uno dei vostri familiari a carico (ad esempio, se abbiamo bisogno dell'indirizzo e-mail di un adulto a carico), potremmo contattarvi in qualità di titolare della polizza, in quanto rappresentante del familiare in questione, per ottenere le informazioni richieste (qualora si tratti di dati non sensibili). Allo stesso modo, al fine di gestire le richieste di rimborso, potremmo condividere con voi tutti i dati non sensibili relativi ad uno dei vostri familiari a carico.

10. Servizi forniti da parti terze: alcuni servizi inclusi nel vostro programma (ad esempio il secondo parere medico, la prenotazione del viaggio e dell'alloggio, il servizio di accompagnamento, il servizio di counseling e i servizi di supporto legale e finanziario) sono offerti tramite fornitori terzi esterni al Gruppo Allianz. Tali servizi sono soggetti alle condizioni descritte nella presente guida e nel vostro Elenco delle Prestazioni. Allianz Care e tutte le società del Gruppo Allianz non sono responsabili per eventuali reclami, perdite o danni direttamente o indirettamente derivanti dall'utilizzo di questi servizi. Questi servizi potrebbero essere soggetti a restrizioni geografiche.

11. Servizi offerti da noi: i servizi di gestione dei casi medici e di prenotazione dei servizi ospedalieri sono forniti da noi. Lo scopo di questi servizi è assistervi nell'organizzazione del programma di trattamento e delle sue attività amministrative. Tali servizi non offrono consigli sulla salute o di carattere medico e non sostituiscono in alcun modo le consulenze, la diagnosi e le cure di un medico qualificato.

Non siamo responsabili di eventuali reclami, perdite o danni causati direttamente o indirettamente dalle azioni o dalle omissioni di fornitori terzi di servizi sanitari con riferimento a cure, consigli o diagnosi corrette, errate o mancate.

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI


La nostra Informativa sulla Protezione dei Dati spiega come proteggiamo la vostra privacy e come trattiamo i vostri dati. È un documento importante che vi invitiamo a leggere prima di condividere con noi qualsiasi dato personale. Per leggere la nostra Informativa sulla Protezione dei Dati Personali, visitate la pagina:

 www.allianzcare.com/it/privacy.html

In alternativa, potete contattarci telefonicamente per richiederne una copia cartacea.

 **+353 1 630 1305**

Se avete domande su come utilizziamo i vostri dati personali, potete contattarci tramite e-mail all'indirizzo:

 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com



PROCEDURA PER I RECLAMI

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

☎ +353 1 630 1305

@ client.services@allianzworldwidecare.com

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

Gestiremo i vostri reclami in base alla nostra procedura interna per la gestione dei reclami.

Per maggiori dettagli, vi invitiamo a visitare:

🌐 www.allianzcare.com/it/complaints.html

È inoltre possibile contattare la nostra Helpline per richiedere una copia della procedura.

Procedimenti legali

Non potete 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 non più tardi di due anni dopo la data di tale presentazione, salvo quanto diversamente previsto da norme inderogabili di legge.



DEFINIZIONI

Le definizioni che seguono si applicano alle prestazioni offerte dai nostri programmi Avenue e ad alcuni altri termini frequentemente utilizzati. Per verificare quali prestazioni sono coperte dal vostro programma, consultate il vostro Elenco delle Prestazioni. Se nel programma selezionato sono incluse prestazioni speciali, le definizioni a queste corrispondenti appariranno nella sezione "Note" che si trova al termine dell'Elenco delle Prestazioni. Quando le parole e le frasi che seguono appaiono in un documento di polizza, avranno sempre il seguente significato:



A

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

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

Anno Assicurativo: decorre dalla data effettiva di inizio della vostra polizza, come specificato nel vostro Certificato di Assicurazione, e termina alla data di scadenza del Contratto Aziendale. L'Anno Assicurativo successivo coincide con quello definito nel Contratto Aziendale.

Arti artificiali a seguito di un incidente con perdita di un arto: si riferisce ai casi in cui, a seguito di un incidente o di un intervento chirurgico, il paziente richiede un arto artificiale per sostituire l'arto perso o una sua parte. La copertura non include la perdita di un arto causata da una malattia congenita.

I tipi di protesi coperti sono:

- dispositivi passivi;
- dispositivi ad energia corporea;
- dispositivi bionici.

Assicurato: voi ed i vostri familiari a carico elencati sul Certificato di Assicurazione.

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

B

Bypass aorto-coronarico (BPAC): è un intervento necessario per migliorare il flusso di sangue al muscolo cardiaco in presenza di occlusioni delle arterie. Viene prelevato un vaso sanguigno sano da un braccio, da una gamba o dal torace per costruire un nuovo vaso che aggira l'ostacolo.

Le spese mediche dell'intervento saranno coperte quando si verifica almeno una delle seguenti situazioni:

- stenosi dell'arteria coronaria sinistra maggiore del 50%;
- riduzione del diametro dell'arteria discendente anteriore sinistra maggiore del 70%;

- una patologia interessa almeno tre vasi in presenza di angina pectoris asintomatica o con sintomi lievi e stabili.

C

Cancro: si riferisce a un tumore o una neoplasia maligna dovuta alla divisione incontrollata delle cellule che può diffondersi ed invadere altre parti del corpo. Può avere l'aspetto di una massa solida o essere presente nel sangue o nel sistema linfatico (ad esempio leucemia o linfomi). Questa patologia richiede sempre un trattamento, poiché costituisce un pericolo di vita per il paziente.

I trattamenti oncologici coperti sono elencati di seguito (per i massimali applicabili, consultate l'Elenco delle Prestazioni):

- intervento chirurgico di asportazione di un tumore e/o dei tessuti interessati;
- radioterapia;
- chemioterapia;
- immunoterapia;
- terapia farmacologica mirata;
- terapia ormonale;
- trapianto delle cellule staminali.

Copriremo anche il costo per l'acquisto di un manufatto protesico esterno a scopi cosmetici, per esempio una parrucca in caso di perdita di capelli oppure un reggiseno per protesi in conseguenza di un trattamento per la cura del cancro.

Casi medici: si riferiscono a un insieme di terapie, procedure, cure farmacologiche, esami e servizi medici richiesti per il trattamento di una patologia o di una lesione specifica. Il medico curante proporrà un programma di trattamento, che dovrà essere rivisto e concordato con il responsabile dedicato alla gestione del vostro caso. Nell'ambito del vostro programma, ciascuna delle seguenti patologie o procedure chirurgiche viene considerata un caso medico distinto:

- arti artificiali a seguito di un incidente con perdita di un arto;
- trapianto di midollo osseo;
- cancro (inclusi tumori di organi solidi, linfomi e leucemia);
- inserimento stent/angioplastica coronarica;
- bypass aorto-coronarico;
- sostituzione o riparazione di una valvola cardiaca (per i minori, solo ove necessario a causa di febbre reumatica);
- sindrome di Kawasaki;
- trapianto di organi da un donatore vivente;
- interventi di chirurgia vascolare maggiore (inclusa l'aorta);
- meningite o encefalite;
- neurochirurgia;
- epilessia grave.

Certificato di Assicurazione: un documento rilasciato da noi che riporta i dati della vostra copertura e che conferma che la vostra azienda ha sottoscritto una polizza assicurativa di gruppo con noi.

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

Compagnia assicurativa/Noi/Nostro: è Allianz Care.

Consulti pre- e post-ospedalieri fuori ricovero: si riferisce agli onorari del medico e ai test ed esami diagnostici richiesti senza ricovero ospedaliero in preparazione del trattamento in regime di ricovero o day-hospital e, successivamente, per verificare il processo di guarigione a seguito del trattamento. Le spese mediche sono coperte dalla polizza se i trattamenti in regime di ricovero o day-hospital sono ammissibili in base al programma scelto.

Contratto Aziendale: è il contratto sottoscritto dalla vostra azienda, in virtù del quale voi ed i vostri familiari a carico (ove applicabile) avete una copertura assicurativa con noi. Il contratto stabilisce chi può essere assicurato, quando ha inizio la copertura, come questa deve essere rinnovata e come avviene il pagamento del premio.

Costi di alloggio in hotel si riferisce alle spese sostenute per:

- la persona assicurata che riceve il trattamento medico ammissibile in regime di day-hospital presso un ospedale situato a più di 50 km dal luogo di residenza;
- la persona assicurata che, al termine del trattamento in regime di ricovero ricevuto in un ospedale situato a più di 50 km dal luogo di residenza, per motivi medici non è in condizioni di salute idonee al rientro nel luogo di residenza;
- un accompagnatore della persona assicurata che riceve il trattamento ammissibile presso un ospedale situato a più di 50 km dal luogo di residenza. Copriremo i costi di alloggio in hotel per entrambi i genitori, se la persona assicurata è un bambino di età inferiore ai 18 anni e l'ospedale non può offrire ad uno dei genitori un posto letto;
- qualsiasi donatore vivente la cui presenza sia necessaria per il trattamento ammissibile ricevuto dalla persona assicurata presso un ospedale situato a più di 50 km dal luogo di residenza.

I costi di alloggio sostenuti dalla persona assicurata e dagli accompagnatori sono coperti dall'arrivo della persona assicurata nella località dell'ospedale fino a:

- il completamento del trattamento e la conferma da parte del medico curante che la persona assicurata è in condizioni di salute idonee per il rientro al luogo di residenza;
- il raggiungimento del massimale di prestazione riportato nell'Elenco delle Prestazioni.

Copriremo i costi dell'alloggio in hotel fino al costo equivalente per notte di una stanza in un hotel a tre stelle per i programmi Avenue Business 1 e Avenue Business 1 Plus, un hotel a quattro stelle per i programmi Avenue Business 2 e Avenue Business 2 Plus e un hotel a cinque stelle per i programmi Avenue Business 3 e Avenue Business 3 Plus. Se la persona assicurata deve recarsi ripetutamente nella località dell'ospedale in cui riceve il trattamento ammissibile nell'ambito dello stesso caso medico, copriremo i costi di alloggio fino al massimale della prestazione riportato nell'Elenco delle Prestazioni. Non copriamo spese varie quali pasti, telefonate, riviste, ecc.

I costi di alloggio elencati sopra sono coperti solo se l'hotel viene prenotato da noi. Ove possibile, cercheremo di prenotare un hotel entro un raggio di 10 km dall'ospedale in cui la persona assicurata riceverà il trattamento. Le date di prenotazione dell'hotel verranno decise in base al programma di trattamento approvato. Se la persona assicurata che riceve il trattamento, l'accompagnatore o il donatore non si presenta in hotel o cancella la nostra prenotazione, l'importo di eventuali tariffe di cancellazione verrà detratto dal massimale della prestazione riportato nell'Elenco delle Prestazioni. Non siamo responsabili di eventuali reclami, perdite o danni direttamente o indirettamente derivanti dalla cancellazione della prenotazione, né accetteremo alcuna responsabilità nel caso in cui la persona assicurata non sia soddisfatta di un qualsiasi aspetto dell'hotel o della camera prenotati (standard di alloggio, tipo o dimensione della camera, ecc.).

Costi di pernottamento in ospedale per l'accompagnatore di una persona assicurata: sono i costi di pernottamento in ospedale per una persona che accompagna l'assicurato durante tutto il periodo di ricovero per il trattamento coperto dalla polizza. Tali costi si riferiscono all'intera durata del trattamento dell'assicurato e verranno coperti per un solo caso di ricovero nell'arco dell'Anno Assicurativo. Qualora non siano disponibili posti letto in ospedale, copriremo le spese equivalenti al costo per notte di una stanza in un hotel a tre stelle, indipendentemente da quali siano state le spese di pernottamento effettivamente sostenute. Non copriamo spese varie quali pasti, telefonate, riviste, ecc.

E

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

Epilessia grave: si riferisce a crisi epilettiche refrattarie al trattamento farmacologico, ovvero che non rispondono ad almeno due farmaci antiepilettici. Sono coperti i costi relativi ai seguenti interventi chirurgici necessari per rimuovere le aree del cervello in cui tali crisi hanno origine:

- chirurgia resettiva;
- termoterapia interstiziale laser;

- stimolazione cerebrale profonda;
- callosotomia;
- emisferectomia;
- emisferectomia funzionale;
- interventi chirurgici per complicanze da encefalite.

F

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

I

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

Inserimento stent/angioplastica coronarica: è una procedura utilizzata in presenza di un restringimento dell'arteria coronaria. Il chirurgo utilizza un apposito catetere a palloncino per raggiungere il punto del restringimento dell'arteria, quindi gonfia il palloncino per dilatare l'arteria ripristinando il flusso sanguigno ottimale. Per evitare nuove occlusioni o restringimenti, potrebbe inoltre essere inserita una struttura metallica a maglie (stent).

Copriamo le spese dell'intervento di inserimento stent/angioplastica coronarica qualora tale procedura fosse ritenuta necessaria (aderiremo alle indicazioni pubblicate dall'American Heart Association e dalla Società Europea di Cardiologia).

Interventi di chirurgia vascolare maggiore: si riferisce alla riparazione chirurgica dei vasi sanguigni principali affetti da una patologia. Prevede la resezione, la riparazione e/o la sostituzione delle sezioni danneggiate dei vasi con inserimento di stent, angioplastica e/o altre riparazioni endovascolari con catetere.

Copriamo le spese mediche per gli interventi che riguardano queste arterie:

- aorta toracica e addominale;
- arterie iliache e femorali;
- arterie renali.

M

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

Medicinali prescritti: si riferisce ai prodotti che non potete comprare senza prescrizione medica e che si usano per curare una patologia diagnosticata, una condizione medica, o per l'integrazione di sostanze basilari nell'organismo. Alcuni esempi sono gli antibiotici, i sedativi, ecc. Questi prodotti devono essere di comprovata efficacia per curare la condizione medica del paziente. Devono inoltre essere riconosciuti in base alle linee guida mediche accettate a livello internazionale.

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

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

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

Meningite/encefalite: si riferisce alle patologie infiammatorie del cervello. La meningite è un'infiammazione acuta delle membrane protettive che ricoprono il cervello e il midollo spinale, i cui sintomi sono febbre, cefalea acuta e rigidità del collo. L'encefalite è un'infiammazione del cervello, di solito causata da un virus o da una malattia autoimmune.

Copriamo le spese mediche per i trattamenti urgenti della meningite e dell'encefalite (in terapia intensiva o in altri reparti), esclusa la riabilitazione e le cure a lungo termine.

N

Necessità medica: si riferisce ai trattamenti medici, ai servizi e alle forniture mediche che soddisfano tutti i seguenti requisiti:

- a) sono essenziali per identificare o curare la patologia, malattia o lesione del paziente;
- b) sono compatibili con la sintomatologia, la diagnosi o la terapia;

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

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

Neurochirurgia: si riferisce al trattamento chirurgico di patologie del cervello e del midollo spinale. Copriamo le spese mediche relative ai seguenti casi medici:

- tumori del cervello (benigni o maligni);
- aneurismi delle arterie cerebrali;
- malformazioni artero-venose cerebrali;
- tumori del midollo spinale (benigni o maligni).



Onorario di medico generico: si riferisce al costo di una prestazione non chirurgica eseguita o somministrata da un medico generico.

Onorario di medico specialista: si riferisce alle spese per cure e trattamenti non chirurgici eseguiti da un medico specialista. Questa prestazione non include la copertura delle spese per uno psichiatra o psicologo o qualsiasi trattamento già coperto da una delle altre prestazioni incluse nel vostro Elenco delle Prestazioni. Non copriamo i trattamenti specialistici esclusi dalla vostra polizza.

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

P

Paese di origine: Paese di cui detenete un passaporto valido o il vostro Paese di residenza principale.

Paese principale di residenza: Paese in cui voi e i vostri familiari a carico (se applicabile) vivete per più di otto mesi all’anno.

Pagamento di una somma fissa pre-pattuita: si riferisce al pagamento offerto dalla compagnia assicurativa, in base a quanto specificato nell’Elenco delle Prestazioni, qualora vi venga diagnosticato uno dei casi medici coperti dalla polizza. Si tratta di una prestazione alternativa disponibile all’assicurato per ciascun caso medico confermato in sostituzione delle prestazioni “Servizio di gestione del caso medico” e “Trattamento medico”. I termini e la procedura per la richiesta di tale pagamento sono descritti nella sezione “Termini e condizioni della copertura” di questa guida. La prestazione è soggetta ad un periodo di carenza.

Partner: si riferisce alla persona con cui avete convissuto in una relazione coniugale per un periodo continuativo di almeno 12 mesi.

Patologie croniche: sono disturbi, malattie, patologie, lesioni o ferite che perdurano per più di sei mesi o che richiedono attenzioni mediche (visita di controllo o trattamenti) almeno una volta all’anno. Hanno anche una o più delle seguenti caratteristiche:

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

Per verificare se le patologie croniche sono coperte dalla vostra polizza o meno, vi preghiamo di consultare la sezione “Note” del vostro Elenco delle Prestazioni.

Patologie preesistenti: si riferiscono alle condizioni mediche indicate nell’“Elenco dei casi medici” incluso in questa guida (ma non limitatamente ad esse), per le quali uno o più sintomi si sono manifestati nei 10 anni precedenti:

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

Ciò vale indipendentemente dal fatto che voi oppure i vostri familiari a carico abbiate richiesto assistenza o cure mediche, e a prescindere dal fatto che una diagnosi sia stata formulata o meno. È obbligatorio che presentiate prove mediche fornite da un dottore qualificato quando inoltrate una richiesta di rimborso, per dimostrare che voi o i vostri familiari a carico non abbiate avuto sintomi, richiesto un parere medico, richiesto

esami o indagini o ricevuto alcun tipo di trattamento per una specifica condizione medica. Riterremo tali condizioni mediche preesistenti ogni volta che possiamo ragionevolmente presumere che voi oppure i vostri familiari a carico ne foste a conoscenza. Se stabiliamo che la patologia medica è preesistente, la richiesta di rimborso per il caso medico verrà rifiutata.

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 un determinato caso medico. I casi medici soggetti a periodi di carenza sono riportati nell'Elenco delle Prestazioni.

Precedenti familiari: esistono quando a un genitore, a un nonno, a un fratello, a un figlio o a uno zio è stata precedentemente diagnosticata la patologia del caso.

Precedenti familiari diretti: esistono quando a un genitore, a un nonno, a un fratello o a un figlio è stata precedentemente diagnosticata la patologia del caso.

R

Responsabile del caso medico: è la persona che si occupa della programmazione, del coordinamento, del monitoraggio e della valutazione dei servizi medici per conto dell'assicurato, con un'attenzione particolare alla qualità delle cure, alla continuità dei servizi e al contenimento dei costi.

Riabilitazione: è un trattamento che può essere una combinazione di terapie diverse come la fisioterapia, la terapia occupazionale e la logopedia, mirante a riportare il paziente al normale aspetto e/o funzionamento fisico dopo una malattia acuta, una lesione o un intervento chirurgico. Il trattamento deve essere somministrato in un centro abilitato immediatamente dopo la dimissione del paziente dall'ospedale dove è stato sottoposto ad un trattamento urgente o ad un intervento chirurgico.

Rimpatrio della salma: è il trasporto della salma della persona assicurata deceduta dal Paese del trattamento a quello previsto per l'inumazione. La prestazione viene fornita in caso di decesso della persona assicurata per cause direttamente correlate ad un caso medico ammissibile durante un trattamento al di fuori del suo Paese di residenza. I costi del rimpatrio della salma sono coperti anche nel caso del decesso del donatore di un organo al di fuori del Paese di residenza per cause direttamente correlate alla procedura di donazione dell'organo nell'ambito di un trattamento ammissibile. 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.

S

Secondo parere medico: è la valutazione dei sintomi e l'analisi dei referti medici e dei risultati dei test effettuati da un consulente sanitario indipendente. Ciò è necessario per confermare la diagnosi e il programma di trattamento iniziali proposti dal primo medico e/o per aggiornarli come appropriato. Il secondo parere medico può anche fornire una diagnosi alternativa e suggerire un trattamento diverso.

Servizio di accompagnamento/assistenza personale: si riferisce a un insieme di servizi forniti alla persona assicurata che riceve il trattamento all'estero nell'ambito della rete Avenue. Il servizio può includere, ad esempio, l'accoglienza nella struttura sanitaria o nell'hotel ed i servizi di traduzione ed interpretariato durante il trattamento e verrà fornito direttamente dall'ospedale o da una terza parte selezionata da noi.

Sindrome di Kawasaki: è anche detta sindrome linfonodale muco-cutanea. È una malattia rara che interessa soprattutto i bambini fino ai cinque anni d'età e si manifesta come un'infiammazione dei vasi sanguigni, dei nodi linfatici e delle mucose di naso, bocca, occhi e gola con febbre e, negli stadi successivi, dolori articolari. Le complicanze della patologia sono legate all'infiammazione delle arterie coronarie.

I bambini inclusi nella polizza saranno coperti per il trattamento in un ospedale pubblico o privato della rete Avenue.

Sostituzione o riparazione di una valvola cardiaca: si riferisce all'intervento chirurgico necessario in presenza di una disfunzione di una delle quattro valvole cardiache che regolano il flusso sanguigno. Le spese mediche dell'intervento di sostituzione o riparazione di una valvola cardiaca sono coperte sia per gli adulti che per i bambini assicurati. Nel caso dei bambini, la copertura è valida solo in caso di disfunzione acquisita (non congenita).

L'intervento può essere di varia natura, da una procedura minimamente invasiva tramite catetere fino all'intervento a cuore aperto, e può essere mirato alla riparazione della valvola difettosa o alla sua sostituzione con una valvola artificiale o una bioprotesi.

Le spese mediche di un intervento alle valvole cardiache sono coperte in uno dei casi seguenti:

- stenosi o insufficienza della valvola aortica;
- stenosi o insufficienza della valvola mitrale;
- stenosi o insufficienza della valvola tricuspidale;
- stenosi o insufficienza della valvola polmonare.

Spese di viaggio: si riferiscono ai costi di trasporto ragionevoli e consuetudinari per il viaggio dal vostro luogo di residenza alla località in cui riceverete il trattamento concordato in

regime di ricovero per un caso medico ammissibile. I costi sono coperti per la persona assicurata (paziente), un accompagnatore (o entrambi i genitori per i minori) ove necessario dal punto di vista medico ed un eventuale donatore vivente di un organo (se il trattamento ammissibile all'estero include il trapianto di un organo).

L'intero programma di viaggio (ad eccezione degli spostamenti in treno o taxi) deve essere organizzato da noi. Non rimborseremo eventuali altre prenotazioni effettuate dalla persona assicurata o da una terza parte per conto di questa.

Per gli spostamenti in treno o taxi, dopo aver concordato i dettagli con noi per aggiornare il programma di viaggio, dovrete effettuare personalmente le prenotazioni ed i pagamenti necessari e successivamente inviarci una richiesta di rimborso.

Le spese di viaggio sono coperte per i tragitti in aereo, treno e taxi (come richiesto e concordato anticipatamente con noi) entro i massimali di prestazione riportati nell'Elenco delle Prestazioni ed in base a queste condizioni:

- aereo: classe economica standard (ad eccezione dei programmi Avenue 3 e Avenue 3 Plus, che prevedono la copertura fino alla classe business);
- treno: posto/cuccetta con prezzo base (ad eccezione dei programmi Avenue 3 e Avenue 3 Plus, che prevedono la copertura fino alla prima classe);
- taxi: tariffa ordinaria.

La prestazione "Spese di viaggio" non copre l'alloggio in hotel ed altre spese correlate. Qualora la persona assicurata che riceve il trattamento, l'accompagnatore o il donatore non si presenti o cancelli la nostra prenotazione, l'importo di eventuali tariffe di cancellazione verrà detratto dal massimale della prestazione riportato nell'Elenco delle Prestazioni. Non siamo responsabili di eventuali reclami, perdite o danni direttamente o indirettamente derivanti dalla cancellazione della prenotazione di un biglietto aereo o ferroviario e/o di un taxi.

Il vostro programma non include un'assicurazione di viaggio. Se desiderate tale copertura supplementare, dovrete stipulare una polizza assicurativa per voi ed i vostri familiari a carico, accompagnatori o donatori che offra una copertura appropriata per i viaggi eventualmente necessari per ricevere il trattamento coperto dal programma Avenue.

Spese ragionevoli e consuetudinarie: si riferiscono ai costi di trattamento che sono usuali nel Paese in cui questo è stato ricevuto. rimborseremo questi costi solo se sono in linea con quelli generalmente richiesti e si riferiscono a procedure mediche standard e generalmente ritenute valide.

T

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

Tipologia di camera in ospedale: si riferisce al tipo di camera per la degenza ospedaliera del paziente in strutture sanitarie pubbliche o private. In base alla disponibilità, la camera potrà essere comune, privata o condivisa: nel primo caso, il paziente verrà trasferito a una camera privata o condivisa non appena questa sarà disponibile e le eventuali spese sostenute per la degenza nella camera comune saranno rimborsate dalla compagnia assicurativa. Non è coperta la sistemazione in camere di lusso o in suite.

Trapianto di midollo osseo (allogenico): si riferisce al trapianto di cellule staminali sane dal midollo osseo di un donatore ad un paziente con patologie o danni al midollo osseo.

Se richiesto, è coperto il trapianto allogenico di midollo osseo per queste patologie:

- leucemia;
- sindrome mielodisplastica;
- linfomi;
- neuroblastomi;
- sarcoma di Ewing;
- anemia aplastica;
- emoglobinuria parossistica notturna.

Le spese mediche relative al donatore per le procedure di trapianto allogenico di midollo osseo saranno coperte come segue:

- tipizzazione HLA per il donatore proposto;
- procedura di espianto di midollo osseo;
- convalescenza del donatore.

Per i massimali di prestazione applicabili alle spese mediche del donatore vivente, consultate l'Elenco delle Prestazioni.

Vi preghiamo di notare che la polizza non garantisce la disponibilità di un donatore di midollo osseo. Il trapianto può essere eseguito solo quando è disponibile un donatore e in conformità alle leggi e alle normative in vigore nel Paese del trattamento.

Trapianto di organi da un donatore vivente: si riferisce all'intervento chirurgico per sostituire, in tutto o in parte, un organo non più funzionale con un nuovo organo donato da una persona vivente (il donatore).

I tipi di trapianti di organi coperti dalla polizza sono:

- rene (trapianto totale);

- fegato (trapianto parziale);
- pancreas (trapianto parziale);
- polmone (trapianto parziale);
- intestino (trapianto parziale).

Con riferimento ai trapianti elencati sopra, copriremo le spese mediche di questi trattamenti e procedure:

- tipizzazione HLA per la persona assicurata (paziente) e il donatore potenziale;
- tutte le spese di viaggio, incluse quelle di gestione, per il paziente e il donatore, nel caso in cui il trattamento o l'intervento chirurgico sia eseguito in un altro Paese;
- intervento chirurgico di raccolta o asportazione dell'organo dal donatore vivente, compresi gli esami clinici preliminari;
- intervento chirurgico di rimozione dell'organo non più funzionale dal paziente, compresi gli esami clinici preliminari, e trapianto del nuovo organo;
- degenza e relative procedure per il paziente e il donatore, fino a quando le condizioni di salute di entrambe le persone non consentano il ritorno nel Paese di residenza (per gli interventi eseguiti all'estero);
- degenza e relative procedure per il paziente e il donatore, nei casi in cui il trattamento sia ricevuto nel Paese di origine.

Vi preghiamo di notare che la polizza non garantisce la disponibilità di un organo di un donatore vivente. Il trapianto può essere eseguito solo quando è disponibile un donatore e in conformità alle leggi e alle normative in vigore nel Paese del trattamento.

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

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

Trattamento all'estero: si riferisce al trattamento ricevuto in un Paese diverso da quello di residenza principale. È possibile ricevere trattamenti all'estero solo negli ospedali inclusi nella rete Avenue; il trattamento deve essere preventivamente approvato dal nostro Team medico.

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

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

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

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



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

Voi/Vostro: si riferisce alla persona che lavora per l'azienda ed agli eventuali familiari a carico nominati nel Certificato di assicurazione.

ESCLUSIONI

A meno che non venga diversamente specificato nel vostro Elenco delle Prestazioni o in altri documenti di polizza, non rimborseremo le seguenti spese.



a) Le seguenti esclusioni e limitazioni si applicano a tutti i casi medici coperti dal vostro programma assicurativo, se non diversamente specificato:

Trattamenti non inclusi nel vostro Elenco delle Prestazioni

Le prestazioni, le condizioni mediche, i trattamenti, le procedure mediche e i farmaci non elencati nel vostro Elenco delle Prestazioni.

Contaminazione chimica e radioattività

I trattamenti e le cure relativi a patologie derivanti, direttamente o indirettamente, da contaminazione chimica o radioattiva o da ogni materiale nucleare, combustione nucleare compresa.

Trattamenti di medicina alternativa

I trattamenti che esulano dalla medicina convenzionale dei Paesi occidentali, ad esempio i trattamenti chiropratici, osteopatici ed omeopatici, la medicina naturale cinese (erbe), l'agopuntura e la podologia, e offerti da terapeuti autorizzati.

Complicanze causate da patologie non coperte dal vostro programma

I trattamenti e le cure per complicanze direttamente derivanti da malattie, patologie, infortuni e trattamenti esclusi dalla copertura o soggetti a limitazioni.

Consulti medici esterni al tipo di rete disponibile con il vostro programma

I consulti in regime di ricovero o fuori ricovero e qualsiasi farmaco o trattamento che:

- siano effettuati o prescritti da un medico esterno alla rete indicata nel vostro Elenco delle Prestazioni, a meno che non siano stati autorizzati per iscritto da noi;
- non siano concordati per iscritto con noi prima della data di inizio del trattamento o in qualsiasi sua fase successiva.

Visite mediche effettuate da voi o da un membro della vostra famiglia

Le visite mediche, i trattamenti e le prescrizioni forniti da voi, dal vostro coniuge, dai vostri genitori o dai vostri figli.

Tossicodipendenza o alcolismo

Le cure e/o i trattamenti per alcolismo o tossicodipendenza (terapie per la disintossicazione e per smettere di fumare incluse), i casi di morte o le cure per qualsiasi patologia che abbiamo fondate ragioni di ritenere correlate a, o dirette conseguenze di, alcolismo e dipendenza da droghe (ad esempio: insufficienza organica o demenza).

Spese diverse dalle spese mediche

Qualsiasi altra spesa di natura diversa dalle spese mediche (ad esempio l'onorario di un interprete, i costi di connessione Wi-Fi in ospedale, i pasti, le telefonate, ecc.) sostenuta dalla persona assicurata o dall'accompagnatore, ad eccezione delle spese di tale tipo specificate nell'Elenco delle Prestazioni.

Trattamenti o terapie farmacologiche a carattere sperimentale o non testati

Qualsiasi forma di procedura diagnostica, trattamento o terapia farmacologica avente, a nostra ragionevole opinione, carattere sperimentale o non dimostrato in base ai criteri medici ufficialmente riconosciuti, ovvero:

- non approvati per la vostra condizione dalle agenzie FDA, EMA o NICE;
- non inclusi nelle linee guida sulle pratiche cliniche riconosciute in campo internazionale pubblicate da altre organizzazioni mediche globali.

Erroneo o mancato rispetto di una terapia medica

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

Terapia familiare e counseling

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

Onorario per la compilazione di un modulo di Richiesta di rimborso

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

Test genetici

I test genetici, ad eccezione dei test per i recettori ormonali per i tumori.

Visite mediche domiciliari

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

Lesioni causate da attività sportive a livello professionale o attività pericolose

I trattamenti o gli accertamenti diagnostici richiesti a seguito di lesioni procurate durante la pratica di attività sportive a livello professionale o attività pericolose, inclusi a titolo esemplificativo gli sport invernali, l'alpinismo, gli sport equestri, acquatici o motoristici, le arti marziali, gli sport dell'aria e le attività ricreative pericolose quali il salto con elastico.

Patologie causate intenzionalmente o lesioni auto-provocate

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

Caduta dei capelli e trapianti tricologici

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

Casi medici diagnosticati o trattati durante il periodo di carenza

I casi medici che sono stati diagnosticati o trattati durante il periodo di carenza non sono coperti dal programma Avenue, a meno che non siano il risultato diretto di un incidente accaduto durante tale periodo. Tali casi medici relativi ad incidenti saranno valutati e coperti dopo che i

relativi periodi di carenza saranno trascorsi. Per informazioni dettagliate sul periodo di carenza applicabile a ciascuna prestazione, consultate il vostro Elenco delle Prestazioni.

Errori medici

Le cure necessarie in conseguenza di errori medici.

Attrezzature non strettamente mediche

Le spese sostenute per l'acquisto o il noleggio di sedie a rotelle, letti speciali, purificatori d'aria e altre attrezzature o supporti simili.

Partecipazione a guerre o atti criminali

Decesso e/o cure e trattamenti per malattie, lesioni o incidenti derivanti dalla partecipazione attiva a quanto elencato a seguire, indipendentemente dal fatto che la guerra sia stata dichiarata o meno:

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

Chirurgia plastica

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

Patologie preesistenti

Le condizioni mediche, incluse le condizioni croniche, per le quali uno o più sintomi si sono manifestati nei 10 anni precedenti la data di inizio della vostra copertura.

Prodotti e medicine acquistabili senza ricetta medica

I prodotti e le medicine acquistabili senza ricetta medica.

Trattamenti contro la sterilità

Qualsiasi trattamento relativo alla riproduzione assistita ed a problemi di fertilità.

Soggiorni presso case di cura

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

Sterilizzazione, disfunzioni sessuali e contraccezione

Test, trattamenti, cure e complicanze derivanti da:

- sterilizzazione;
- disfunzioni sessuali (salvo quando siano il risultato di una prostatectomia radicale conseguente a chirurgia oncologica);
- contraccezione (inclusa l'applicazione o la rimozione di dispositivi di contraccezione e/o di qualsiasi tipo di contraccettivo in genere, anche se prescritto per ragioni mediche).

Maternità surrogata

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

Interruzione di gravidanza

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

Spese di viaggio e alloggio

Le spese di viaggio e alloggio (costi di parcheggio compresi) sostenute per raggiungere e lasciare le strutture sanitarie in cui vengono ricevuti i trattamenti, eccezion fatta per quanto approvato dal nostro Team medico e organizzato da noi, fino al massimale riportato nell'Elenco delle Prestazioni. Inoltre, non saranno coperte le spese di trasporto (ad esempio il costo di un taxi) dall'hotel prenotato da noi fino alla struttura sanitaria scelta per il trattamento.

Trattamenti negli Stati Uniti

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

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

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

Trattamenti al di fuori del tipo di rete disponibile con il vostro programma

Trattamenti al di fuori del tipo di rete disponibile con il vostro programma, a meno che essi non vengano esplicitamente autorizzati da noi.

Test di misurazione dei marcatori tumorali

Test di misurazione dei marcatori tumorali, a meno che al paziente sia stato precedentemente diagnosticato un cancro del tipo in questione. In questo caso, i test sono coperti nell'ambito del programma di trattamento per il caso medico "Cancro".

Imbarcazione in mare

Il viaggio o il rimpatrio sanitario da un'imbarcazione in mare a un centro medico a terra.

Visto, altri documenti di viaggio e servizi correlati

Il visto e gli altri documenti di viaggio necessari alla persona assicurata o ai suoi accompagnatori per i trattamenti ricevuti all'estero. Il vostro programma non include la copertura dei costi relativi all'ottenimento del visto, né i servizi di intermediazione con le autorità competenti a tale scopo. Pertanto, sarete unicamente responsabili di questi aspetti preliminari del viaggio.

Vitamine o minerali

I prodotti classificati come vitamine o minerali (eccetto in caso di insufficienza vitaminica clinicamente diagnosticata). Questi prodotti sono esclusi, anche se raccomandati e/o prescritti da un medico o riconosciuti come aventi effetti terapeutici. I costi sostenuti a seguito di consulenze dietetiche o nutrizionali non sono coperti dal programma.

b) Si applicano inoltre le seguenti esclusioni per casi medici specifici:

1) Cancro

Cancro derivante da AIDS

Cancro che abbiamo fondate ragioni di ritenere causato direttamente o indirettamente dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da qualsiasi infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV). Per tale motivo, a seguito della diagnosi di cancro, vi chiederemo di sottoporvi ad un test HIV prima di confermare se il trattamento della patologia è coperto dalla vostra polizza. Se il risultato del test indica la presenza di un virus dell'immunodeficienza umana (HIV) o di anticorpi correlati a tale infezione, riterremo che la causa della patologia è l'AIDS o un'infezione da HIV e non potremo offrire la copertura del trattamento. Vi preghiamo di notare che, per gli scopi della vostra polizza, la definizione di AIDS è quella fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1987, incluse le successive revisioni della definizione da parte dell'organizzazione.

Cancro derivante da una patologia preesistente

Cancro derivante, direttamente o indirettamente, da una patologia preesistente o cancro in sé preesistente (ovvero nel caso in cui abbiate già avuto questo tipo di cancro in passato prima della data di inizio della copertura).

Displasia cervicale

Cancro derivante dalla displasia cervicale.

Cancro epiteliale

Cancro della pelle, eccetto i melanomi e i carcinomi squamocellulari.

2) Trapianto di organi da un donatore vivente

Persona assicurata che agisce da donatore

Qualsiasi trapianto in cui la persona assicurata agisca da donatore per una persona non coperta dalla polizza.

Epatopatia alcolica

Qualsiasi trapianto necessario in conseguenza di un'epatopatia alcolica.

Trapianto autologo o autotrapianto

Qualsiasi trapianto autologo o autotrapianto, ad eccezione dei trapianti di midollo osseo.

Trapianto di organi da un donatore deceduto

Qualsiasi trapianto di organi da un donatore deceduto.

Trapianto di organi acquistati

Qualsiasi trapianto reso possibile dietro acquisto degli organi richiesti da un donatore.

Parlate con noi, siamo qui per aiutare!

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

Helpline disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7

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

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

Se non dovete riuscire ad accedere ai numeri verdi da un telefono cellulare, vi preghiamo di contattare uno dei numeri dell'Helpline sopra indicati.

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

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

 Fax: + 353 1 630 1306

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

 www.allianzcare.com/it

 www.facebook.com/allianzcare

 www.twitter.com/AllianzCare

 www.youtube.com/user/allianzworldwide

 www.linkedin.com/company/allianz-care

Il presente documento è una traduzione in italiano del documento in lingua inglese. Il testo in inglese è l'unico originale e con valore legale. Se eventuali discrepanze dovessero emergere tra la versione in italiano e la versione in inglese, quest'ultima sarà l'unica a dover essere considerata legalmente vincolante.

AWP Health & Life SA è soggetta alla regolazione dell'autorità francese di vigilanza prudenziale (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) ubicata all'indirizzo: 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Parigi Cedex 09, Francia.

AWP Health & Life 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 succursale irlandese. Compagnia registrata in Francia con il numero: 481 154 679 RCS Bobigny. La succursale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda con il numero X07619, all'indirizzo 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda. Allianz Care ed Allianz Partners sono regimi sociali registrate di AWP Health & Life SA.