



Piani sanitari internazionali

# Guida alle prestazioni - Polizza di gruppo

Edizione 1° novembre 2007

**Allianz**   
Allianz Worldwide Care

# Benvenuti in Allianz Worldwide Care.

Questa guida descrive le prestazioni, i termini e le condizioni della polizza Allianz Worldwide Care. Per ulteriori dettagli sul Contratto assicurativo, rivolgersi all'azienda contraente.

Grazie al programma assicurativo sottoscritto dalla vostra azienda, voi e i vostri familiari potete ora fare affidamento su Allianz Worldwide Care per accedere alle migliori prestazioni sanitarie, in qualunque parte del mondo vi troviate.

Allianz Worldwide Care è specializzata nelle assicurazioni mediche internazionali e ha alle spalle le risorse e l'esperienza dell'Allianz SE, una della compagnie assicurative leader nel mondo, consentendo ai suoi assicurati di contare su un servizio rapido, flessibile e assolutamente affidabile.

Questa guida descrive in dettaglio come usufruire dei nostri servizi quando più sono necessari.

Il presente documento è la traduzione in italiano del "Employee Benefit Guide" in lingua inglese e non intende essere esaustiva o legalmente vincolante. Solo la versione inglese ha valore legale. Allianz Worldwide Care Limited, parte dell'Allianz Group, è una società registrata in Irlanda e soggetta all'Irish Financial Services Regulatory Authority. Sede: 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland. Numero di registrazione: 310852

## Indice.

<b>Servizi per gli assicurati.</b>	<b>5-11</b>	<b>Esclusioni e limitazioni.</b>	<b>26-32</b>
Helpline 24 ore su 24, 5 giorni su 7.	5		
Servizio di assistenza per emergenze 24 ore su 24, 7 giorni su 7.	6	<b>Premio e informazioni generali.</b>	<b>33-40</b>
MediLine 24 ore su 24, 7 giorni su 7.	6	Pagamento del premio.	33
Kit di benvenuto.	7	Eventi importanti.	35
Servizi online.	9	Informazioni generali.	38
Strutture sanitarie.	11		
<b>Copertura assicurativa.</b>	<b>12-25</b>	<b>Come denunciare un sinistro e richiedere un rimborso.</b>	<b>41-48</b>
Necessità medico/sanitaria.	12	Elaborazione delle richieste di rimborso.	41
Patologie croniche.	13	In caso di ricovero ospedaliero.	41
Patologie preesistenti.	13	In caso di cure fuori ricovero e cure dentali.	42
Periodo di carenza.	14	Frode.	45
Franchigia e scoperto.	14	Garanzia di pagamento.	45
Area geografica di copertura.	14	Le prestazioni negli Stati Uniti.	48
Programma base.	14		
Altre prestazioni incluse nei programmi base.	16	<b>Domande frequenti.</b>	<b>49</b>
Programma di copertura delle spese fuori ricovero.	23	<b>Reclami.</b>	<b>50</b>
Programma di copertura delle cure dentali.	25	<b>Definizioni.</b>	<b>51-60</b>
Rimpatrio sanitario.	25	<b>Ulteriori termini e condizioni di polizza.</b>	<b>61</b>

# Servizi per gli assicurati.

In questo capitolo sono riportate tutte le informazioni sui servizi garantiti agli assicurati.

Le chiamate all'Helpline sono registrate e possono essere monitorate ai fini di training e controllo qualità.

Talora i numeri verdi non sono raggiungibili dai telefoni cellulari: in tal caso utilizzare gli altri numeri della Helpline.

## Helpline 24 ore su 24, 5 giorni su 7.

Lo staff multilingue di esperti di Allianz Worldwide Care è disponibile 24 ore su 24, 5 giorni su 7 (dalla domenica alle ore 18 al venerdì alle ore 19 GMT) per rispondere a tutti i quesiti sulla polizza. Ovunque vi troviate e in qualsiasi orario, gli esperti saranno raggiungibili per via telefonica o e-mail. Lo staff della nostra Helpline ha accesso immediato a tutti i dettagli della polizza e alle comunicazioni intercorse in passato fra gli assicurati e la nostra compagnia ed è pertanto in grado di fornire assistenza su tutte le questioni relative all'assicurazione, come conferme di copertura, aggiornamenti sullo stato delle richieste di rimborso o richieste di Garanzia di pagamento. I recapiti di telefono, di fax e di posta elettronica sono i seguenti:

### E-mail:

[client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

### Helpline

Inglese:	+ 353 1 630 1301
Tedesco:	+ 353 1 630 1302
Francese:	+ 353 1 630 1303
Spagnolo:	+ 353 1 630 1304
Italiano:	+ 353 1 630 1305
Fax:	+ 353 1 630 1306

### Numero verde da Singapore:

800 353 1018

### Numero verde da Hong Kong:

800 901 705

### Numero verde dalla Cina del Nord:

10 800 744 1259

### Numero verde dalla Cina del Sud:

10 800 441 0115

### Numero verde negli Stati Uniti:

1 866 266 2182

### Numero verde dalla Francia, Belgio e Svizzera:

00 800 66 302 302

## Servizio di assistenza per emergenze 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

Qualora necessitate di cure di emergenza presso un ospedale o una clinica, vi esortiamo a contattare la nostra Helpline ai recapiti indicati a pag. 5, quanto prima possibile. Il servizio di assistenza di emergenza è disponibile 24 ore su 24, 365 giorni all'anno e fornisce una serie di servizi quali l'invio della Garanzia di pagamento all'istituto di cura o l'organizzazione dell'evacuazione per motivi di emergenza sanitaria.

In caso di ricovero d'emergenza la Garanzia di pagamento non è richiesta (vedere le condizioni alle pagine 45 - 48), tuttavia la Compagnia deve essere informata dell'evento entro 24 ore. Ciò ci consente di provvedere direttamente al pagamento delle parcelle e garantire il rapido disbrigo delle pratiche.

## MediLine 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

Il servizio MediLine offre accesso telefonico immediato a un team di professionisti sanitari di lingua inglese che forniscono consulenza completa e informazioni su questioni di natura medica quali:

- Trattamenti pre e post-intervento
- Consigli e informazioni su questioni generali di salute (nutrizione, dieta, infortuni sportivi, fumo e alcool)
- Consigli sanitari di viaggio (come le vaccinazioni necessarie, ecc.)
- Informazioni mediche complete su database
- Informazioni sui farmaci (ad esempio, modalità di assunzione e possibili reazioni)

Questo servizio è accessibile agli assicurati 24 ore su 24, 365 giorni all'anno al numero:

Tel: + 44 (0) 208 403 9970

NB: per domande relative alla copertura o ai rimborsi, si prega di contattare la Helpline di Allianz Worldwide Care (vedi pag. 5).

*Le informazioni mediche ricevute da MediLine e dal suo personale, seppure specializzato, non devono essere intese come sostitutive delle consulenze, prescrizioni, indicazioni ed assistenza forniti al paziente dal proprio medico. La consulenza offerta non ha finalità diagnostiche o terapeutiche e pertanto non ci si deve basare sulle informazioni fornite per tale scopo. Rivolgersi sempre al proprio medico prima di intraprendere qualsiasi trattamento e per ogni domanda su patologie specifiche. I fruitori del servizio comprendono e concordano che Allianz Worldwide Care non è responsabile per richieste di risarcimento, perdite o danni direttamente o indirettamente derivanti dall'impiego di questo servizio o dalle informazioni ottenute tramite esso. Le chiamate a MediLine sono registrate e possono essere monitorate a fini di training e controllo qualità.*

## Kit di benvenuto.

Dopo la firma da parte dell'azienda contraente e di Allianz Worldwide Care del Contratto assicurativo che garantisce la copertura sanitaria per voi e i vostri familiari (se inclusi), riceverete un Kit di benvenuto che contiene i seguenti documenti:

- **La tessera personale**

Allianz Worldwide Care emette una tessera personalizzata per ogni persona assicurata su cui sono riportati i numeri e gli indirizzi per contattare la Compagnia. Basta un colpo di telefono per ricevere immediatamente aiuto. Vi consigliamo, pertanto, di portarla sempre con voi e, in caso di smarrimento, richiederne immediatamente un duplicato alla Helpline.

- **Il Certificato assicurativo**

Nel Certificato assicurativo sono riportate le informazioni basilari della copertura scelta per voi e per i vostri familiari dalla vostra azienda. Riporta, inoltre, la data di inizio e la data di rinnovo. È molto importante verificare bene che tutte le informazioni siano corrette e, in caso contrario, contattare immediatamente la Compagnia.

- **La Guida alle prestazioni - Polizza di gruppo**

Questa guida descrive le prestazioni, i termini e le condizioni della polizza. Per ulteriori dettagli sul Contratto assicurativo, rivolgersi all'azienda contraente.

- **Un modulo per richiedere la Garanzia di pagamento**

La compilazione di questo modulo è fondamentale per ottenere la copertura di alcune prestazioni. Compilate il modulo in ognuna delle sue parti, assieme al vostro medico curante ed inviatelo alla Compagnia prima di usufruire della prestazione per la quale è richiesta la Garanzia di pagamento. A pagina 46 o nell'Elenco delle prestazioni (vedi nota 1 e 2) sono elencate le prestazioni che richiedono la Garanzia di pagamento. Seguire attentamente la procedura per la Garanzia di pagamento significa non dover affrontare alcun problema economico e concentrarsi solamente sulla propria salute.

- **Un modulo Richiesta rimborso**

Per essere sicuri di godere di una efficiente e veloce gestione dei vostri rimborsi è importante seguire la procedura come descritta a pag. 41. Tutti i moduli di richiesta di rimborso, integralmente compilati, vengono elaborati e le istruzioni di pagamento inoltrate alla banca del cliente entro 48 ore dal ricevimento della richiesta rimborso. Qualora fossero necessarie ulteriori informazioni per completare la procedura di rimborso, viene inviata automaticamente una comunicazione (via posta elettronica e/o posta ordinaria) all'assicurato o al suo medico generico entro le 24 ore. L'assicurato sarà informato di ogni fase del processo di rimborso attraverso comunicazioni automatiche di posta elettronica (purché, ovviamente, ne sia stato fornito l'indirizzo).

- **L'Elenco delle prestazioni**

In questo documento sono elencate tutte le prestazioni e relativi massimali garantite dal vostro piano assicurativo, nonché quelle per cui è prevista la Garanzia di pagamento.

- **Il nome utente e la password per il Servizio online**

Se richiesto dall'azienda contraente, l'assicurato riceverà un nome utente e una password per accedere ai Servizi online.

## **Servizi online.**

Se l'azienda contraente ha richiesto questo servizio, sarà possibile accedervi visitando il sito Web all'indirizzo [www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com)

Se ci è stato fornito il vostro indirizzo email, potete accedere alla vostra pagina personale on line procedendo alla registrazione dalla pagina web di login (cliccare sul tasto “registrazione”). Scrivete quindi il vostro numero di polizza, il Cognome e la data di nascita esattamente come riportati in tutta la documentazione ricevuta nel Kit di benvenuto. Una email automatica vi comunicherà i dati di accesso personali.

Se, invece, non siamo in possesso del vostro indirizzo email, username e password vi vengono inviati in formato cartaceo all'interno del Kit di benvenuto.

I Servizi online consentono di:

- Visualizzare e modificare i propri dati personali
- Visualizzare il proprio Elenco delle prestazioni

- Verificare lo stato delle richieste di rimborso inoltrate
- Visualizzare la corrispondenza relativa a qualsiasi richiesta di rimborso
- Controllare il plafond disponibile per ogni prestazione in base ai massimali indicati nell'Elenco delle prestazioni
- Recuperare in tutta sicurezza password perse o dimenticate
- Scaricare i moduli di Richiesta rimborso e Garanzia di pagamento
- Contattare il servizio clienti attraverso apposito modulo

**L'accesso ai Servizi online è disponibile solo se, facendo parte di una polizza di gruppo, l'azienda contraente ha sottoscritto questo servizio in vostro favore.**

**Per l'assistenza sui Servizi online contattare la Helpline.**

## Strutture sanitarie.

Sul sito Web di Allianz Worldwide Care è disponibile un elenco delle strutture sanitarie presenti nei vari paesi, all'indirizzo **[www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com)**. All'interno dell'elenco on line è possibile ricercare le strutture sanitarie in base a continente e paese. Tuttavia non esiste alcun vincolo e non è necessario scegliere obbligatoriamente una delle strutture indicate nell'elenco. Per qualsiasi prestazione per cui si renda necessaria una Garanzia di pagamento, contattare l'Helpline prima di usufruirne: Allianz Worldwide Care provvederà, dove possibile, al pagamento diretto delle vostre spese mediche presso la struttura prescelta.

# Copertura assicurativa.

## Panoramica sulla copertura sanitaria.

Per assicurarci che abbiate tutte le informazioni necessarie per l'utilizzo della vostra copertura, la documentazione include anche un Certificato assicurativo e l'Elenco delle prestazioni. Entrambe i documenti precisano la copertura scelta dalla azienda. Essa potrebbe essere costituita da uno dei programmi standard (**Premier**, **Executive**, **Club** o **Classic**) e includere una estensione opzionale per le prestazioni fuori ricovero e/o le cure dentali e/o il rimpatrio.

**In alternativa, il programma potrebbe essere stato creato specificamente per la vostra azienda. In considerazione di ciò, vi esortiamo a leggere con attenzione questa guida, l'Elenco delle prestazioni e il Certificato di assicurazione.**

In questa sezione è riportata una descrizione delle garanzie offerte da Allianz Worldwide Care attraverso i programmi standard. Si tenga presente che i termini utilizzati sono intesi nel significato specificato nella sezione Definizioni e che la copertura è soggetta alle

esclusioni e limitazioni elencate nel capitolo relativo. Per una migliore comprensione della copertura assicurativa, leggere con attenzione queste pagine unitamente all'Elenco delle prestazioni. Per eventuali chiarimenti, dubbi e/o conferme è possibile contattare la Helpline. Lo staff del servizio Helpline è disponibile 24 ore su 24, da domenica (ore 18.00 GMT) a venerdì (ore 19.00 GMT) per rispondere ai quesiti sulla polizza.

## Necessità medico/sanitaria.

Come ogni Compagnia e in linea con le attese della propria clientela, al fine di garantire premi ragionevoli e adeguati, anche Allianz Worldwide Care effettua un rigoroso controllo dei costi (quando possibile).

Il team di medici professionisti altamente specializzati di Allianz Worldwide Care vigila affinché i servizi, le cure e i trattamenti pianificati siano appropriati per le necessità dell'assicurato ed effettivamente necessari. Per necessità medico/sanitaria si intende l'intervento

(cura, terapia, trattamento, ecc.) che per livello e tipo di servizio meglio risponde alla patologia dell'assicurato.

Oltre a ciò, il nostro team di esperti nella gestione dei sinistri verifica che le tariffe richieste dai fornitori di servizi sanitari siano ragionevoli ed equilibrate, ossia in linea con gli standard e le procedure mediche generalmente riconosciuti. La Compagnia si riserva il diritto di ridurre l'ammontare del rimborso qualora una richiesta sia ritenuta inappropriata.

## Patologie croniche.

Per patologie croniche si intendono i disturbi, le malattie, le lesioni, le ferite o, comunque, qualsiasi situazione patologica avente una o più delle seguenti caratteristiche:

- sia ricorrente
- sia incurabile

- presenti scarsa reazione alle cure
- richieda trattamenti palliativi
- richieda frequenti e prolungati controlli
- sia causa di invalidità permanente

Le patologie croniche sono coperte nei limiti dei massimali previsti, a meno che non diversamente indicato nelle Note all'Elenco delle prestazioni e nel vostro Certificato assicurativo.

## Patologie preesistenti.

Con questo termine vengono indicate le patologie e le condizioni mediche a esse correlate i cui sintomi si sono manifestati nei 5 anni che precedono la data di inizio della copertura, a prescindere che siano state o meno diagnosticate o curate. Tali patologie e condizioni correlate, di cui l'assicurato o i suoi familiari sono, erano o avrebbero presumibilmente dovuto essere a conoscenza, sono considerate preesistenti.

Le condizioni preesistenti sono coperte dalla polizza se non diversamente specificato nelle Note all'Elenco delle prestazioni.

## Periodo di carenza.

È il periodo successivo alla data di inizio della copertura durante il quale l'assicurato e i suoi familiari non hanno diritto a determinate prestazioni incluse nella polizza. Verificate nel vostro Certificato assicurativo se la vostra copertura è soggetta a periodi di carenza. Le prestazioni soggette a periodi di carenza sono indicate nell'Elenco delle prestazioni.

## Franchigia e scoperto.

La franchigia è un importo fisso che resta a carico dell'assicurato e che viene detratto dall'eventuale rimborso. Lo scoperto è, invece, una percentuale sui costi che resta a carico dell'assicurato. In alcuni piani è previsto un limite massimo da applicare allo scoperto

a carico del singolo assicurato e nel corso dell'anno assicurativo. Oltre detto limite la Compagnia si farà carico dell'intera spesa in base ai termini e alle condizioni della polizza.

Consultate l'Elenco delle prestazioni per stabilire quali franchigie e scoperti sono previste dal programma prescelto.

## Area geografica di copertura.

L'azienda contraente indica l'area geografica di copertura per ogni singolo assicurato ed è riportata sul Certificato assicurativo.

## Programma base.

### Prestazioni in ricovero ospedaliero.

In caso di trattamenti in regime di ricovero, le spese sostenute verranno rimborsate nella misura prevista

dalla copertura per le prestazioni inserite nel Programma base. La copertura in ricovero ospedaliero include inoltre: prescrizione di medicinali, onorari di chirurghi, anestesisti e spese di sala operatoria, apparecchi ortopedici e protesi, esami diagnostici, fisioterapia e trapianto di organi.

La Garanzia di pagamento è richiesta per tutte le prestazioni in ricovero ospedaliero presenti nel relativo elenco (per i dettagli su tale Garanzia, consultare le pagine 45 – 48).

Massimali, limiti e sottolimiti si intendono per persona ed anno assicurativo, vale a dire che, una volta raggiunto l'ammontare massimo di spesa previsto, la prestazione non sarà più rimborsabile fino al rinnovo della polizza e all'inizio di un nuovo anno assicurativo.

## **Trattamento psichiatrico e psicoterapia in ricovero.**

Se incluse nel programma prescelto, le cure psichiatriche e la psicoterapia sono coperte esclusivamente in regime di ricovero ospedaliero, se non diversamente specificato nell' Elenco delle prestazioni. Un periodo di carenza di 10 mesi verrà applicato purché previsto nell'accordo stipulato tra l'azienda contraente e Allianz Worldwide Care.

## **Costi di sistemazione per un genitore che accompagna un minorenne assicurato.**

In caso di ricovero di un assicurato minore di 18 anni, è prevista la copertura dei costi di sistemazione di un genitore che pernotta in ospedale per la durata della degenza. Laddove non sia possibile il pernottamento in ospedale, la polizza copre il costo della sistemazione in un hotel a 3 stelle, salvo quanto diversamente concordato con l'azienda contraente.

Consultare l'Elenco delle prestazioni per stabilire il livello di copertura previsto dal vostro programma.

### **Cure dentali d'emergenza in regime di ricovero.**

Se la copertura per le cure dentali d'emergenza in regime di ricovero è inclusa nel programma, all'assicurato e ai suoi familiari verranno rimborsate, nei limiti del massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni, le spese sostenute a questo titolo a seguito di infortuni gravi per i quali si sia reso necessario il ricovero ospedaliero.

### **Altre prestazioni incluse nei programmi base.**

L'azienda contraente potrebbe aver incluso nella polizza tutte o alcune delle seguenti prestazioni. Consultate l'Elenco delle prestazioni per verificare quali di queste sono incluse nel programma e se

richiedono la Garanzia di pagamento. Per ulteriori chiarimenti è possibile rivolgersi alla Helpline.

### **Trattamento in day hospital.**

La garanzia è inclusa nei nostri programmi base e si riferisce alle cure prestate in un ospedale o clinica/ambulatorio attrezzati senza necessità di pernottamento.

### **Chirurgia ambulatoriale.**

È disponibile anche la copertura di interventi chirurgici eseguiti in uno studio medico, un ospedale o un day hospital senza il ricovero del paziente.

### **Assistenza sanitaria domiciliare o in convalescenziario.**

È possibile richiedere il rimborso del costo di un infermiere a domicilio o presso un convalescenziario se l'assistenza viene prestata in un periodo

immediatamente successivo, o in alternativa al ricovero e, comunque, se non diversamente concordato tra l'azienda contraente e Allianz Worldwide Care. Il massimale previsto per questa prestazione è riportato nell'Elenco delle prestazioni. È comunque necessaria la Garanzia di pagamento.

### **Trattamenti riabilitativi.**

Se inclusa nel programma, l'opzione copre i trattamenti ricevuti in un centro di riabilitazione autorizzato subito dopo la cessazione delle cure mediche urgenti. Il limite di copertura è indicato nell'Elenco delle prestazioni. È comunque necessaria la Garanzia di pagamento.

### **Ambulanza locale.**

Il servizio è coperto dalla polizza in caso di emergenza o di esigenza medica e come trasporto al più vicino ospedale o struttura sanitaria autorizzata.

### **Cure d'emergenza al di fuori dell'area geografica di copertura.**

Se questa opzione è inclusa nel programma scelto dall'azienda contraente, la compagnia copre le spese mediche che si dovessero rendere necessarie per una situazione di emergenza, in occasioni di viaggi di lavoro o vacanza in paesi al di fuori dell'area geografica di copertura. La prestazione è limitata alle sole emergenze, alla durata massima di 6 settimane (42 notti) ed ai massimali di polizza. La copertura non include le terapie e i trattamenti successivi a quelli di primo intervento, anche se il paziente non è in condizioni di trasferirsi in uno dei paesi dell'area di copertura. Pertanto, se si prevede una permanenza fuori dall'area di copertura superiore a 6 mesi, è consigliabile informarne Allianz Worldwide Care.

La garanzia copre gli infortuni, l'improvvisa insorgenza o il riacutizzarsi di una patologia grave in seguito ai quali si creano condizioni mediche che rappresentano un pericolo immediato per la salute dell'assicurato.

Affinché vengano considerate di emergenza e siano quindi coperte, le cure devono essere prestate da un medico o da uno specialista entro 24 ore dal verificarsi dell'evento.

### Evacuazione medica.

Questa opzione copre il trasporto dell'assicurato in ambulanza, elicottero o aereo qualora le cure necessarie e coperte dal programma assicurativo non siano disponibili in loco o se, in caso di emergenza, non vi sia disponibilità di sangue compatibile e di strutture trasfusionali adeguate. L'assicurato verrà trasportato al centro medico-ospedaliero adeguato più vicino.

L'evacuazione verrà gestita nel modo più economico, ma nel pieno rispetto delle condizioni di salute dell'assicurato. Inoltre l'evacuazione deve essere richiesta dal medico ed è necessaria la Garanzia di pagamento.

Se, dopo la dimissione dall'ospedale **in cui era ricoverato**, per motivi medici l'assicurato non è in condizioni di essere evacuato o trasportato, Allianz Worldwide Care copre ragionevoli costi di soggiorno in una camera di albergo con bagno privato fino a un massimo di 7 giorni. Sono esclusi dalla copertura i costi di soggiorno in hotel a 4 o 5 stelle o in suite e le spese di sistemazione di un eventuale accompagnatore.

Qualora l'assicurato sia stato trasferito al centro adeguato più vicino per **cure prolungate**, la Compagnia copre anche i costi "ragionevoli" di sistemazione in una camera di albergo con bagno privato, purché tale soluzione sia più economica dei successivi costi di trasporto da e verso il centro adeguato più vicino e da e verso il paese di residenza. Le spese di sistemazione di un eventuale accompagnatore non sono incluse nella copertura. È necessaria la Garanzia di pagamento.

Qualora in loco manchino strutture trasfusionali affidabili, la Compagnia, tenderà, ove opportuno e se consigliato dal medico curante o dal nostro team di esperti medici, di reperire e trasportare sangue adeguatamente controllato e attrezzature trasfusionali sterili. Queste azioni verranno intraprese anche dietro consiglio del team di medici esperti della Compagnia. Allianz Worldwide Care e i suoi rappresentanti declinano ogni responsabilità nel caso in cui tali tentativi siano infruttuosi o la struttura curante faccia uso di sangue o materiali non sterili.

### **Spese per un accompagnatore in caso di rimpatrio o evacuazione di un assicurato.**

Se questa copertura è inclusa nel programma, un accompagnatore sarà autorizzato a viaggiare con l'assicurato evacuato o rimpatriato. Se l'accompagnatore non può viaggiare sullo stesso mezzo dell'assicurato, verrà pagato un viaggio di andata e ritorno in classe economica. Esiste un massimale per questa prestazione, riportato

nell'Elenco delle prestazioni. Le spese di soggiorno non sono coperte. È richiesta la Garanzia di pagamento.

### **Rimpatrio della salma.**

Laddove previsto, in caso di decesso dell'assicurato, il trasporto della salma dal paese di residenza principale a quello previsto per l'inumazione è coperto nei limiti del massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni.

Fra le spese coperte si annoverano, a titolo esplicativo ma non esaustivo, quelle connesse all'imbalsamazione e all'acquisto di una cassa per il trasporto nel rispetto dei termini di legge, i costi di spedizione e le necessarie autorizzazioni governative. Eventuali costi di cremazione sono coperti solo se necessari per motivi legali. Dalla copertura sono esclusi i costi di eventuale accompagnatore. Tutte le spese coperte relative al rimpatrio della salma dovranno essere sottoposte all'approvazione preventiva di Allianz Worldwide Care utilizzando un modulo di Garanzia di pagamento.

## TAC, risonanza magnetica e PET.

Salvo quanto diversamente concordato con l'azienda contraente, la TAC (tomografia assiale computerizzata), la risonanza magnetica e la PET (tomografia a emissione di positroni), nonché le scansioni TAC/PET, sono coperte dal programma base sia in regime di ricovero che fuori ricovero. La Garanzia di pagamento è necessaria per gli esami di risonanza magnetica, PET e TAC/PET.

## Trattamenti oncologici.

Se inclusa nel programma, questa garanzia copre gli onorari dei medici specialisti, gli accertamenti diagnostici, la radioterapia, la chemioterapia e le spese ospedaliere necessari in caso di patologie oncologiche, dal momento della diagnosi. Per le cure oncologiche in ricovero e/o in day hospital è necessario munirsi della Garanzia di pagamento.

## Maternità.

Se previsto dal programma, verranno coperti i costi derivanti dalle necessità mediche che si presentano durante la gravidanza e il parto, come i costi dell'ospedale, gli onorari degli specialisti e dell'ostetrica, le cure pre e post-natali per la madre e la cura del neonato. Le complicanze della gravidanza o del parto sono escluse.

A questa garanzia si applica un periodo di carenza di 10 mesi, salvo specifici accordi intercorsi con l'azienda contraente. Per le prestazioni in regime di ricovero è richiesta la Garanzia di pagamento.

## Complicanze della gravidanza e del parto.

Per complicanza della gravidanza, si intende una delle seguenti situazioni che si dovessero presentare nel periodo antecedente il parto: gravidanza extrauterina, aborto spontaneo, feto morto, mola idatiforme.

Per complicanza del parto si intendono le condizioni che si presentano durante il parto e richiedono un intervento ostetrico, ossia: emorragia post-partum e mancata espulsione della membrana placentare. Se il programma assicurativo copre anche la maternità, tra le complicanze deve essere incluso anche il parto cesareo. È richiesta la Garanzia di pagamento.

A questa garanzia si applica un periodo di carenza di 10 mesi, salvo specifici accordi con l'azienda contraente. È richiesta la Garanzia di pagamento.

### **Parto domiciliare.**

Se questa garanzia è inclusa nel programma, viene erogata una tantum la somma indicata nell'Elenco delle prestazioni.

### **Indennità di ricovero.**

Se previsto dal programma, si avrà diritto a ricevere una somma prestabilita per ciascuna notte trascorsa in ospedale, fino al numero massimo di notti indicato per anno assicurativo. La prestazione viene garantita solo quando il ricovero avviene in forma totalmente gratuita e nel rispetto delle prestazioni previste dal programma assicurativo. L'importo corrisposto per ciascuna notte è indicato nell'Elenco delle prestazioni.

### **Cure di emergenza fuori ricovero.**

La copertura riguarda le cure a seguito di incidente, infortunio o patologia improvvisa, prestate in un pronto soccorso o in un ambulatorio. Per essere considerato di emergenza, il trattamento deve essere ricevuto entro 24 ore dall'evento scatenante. La copertura è soggetta al massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni.

Se il programma assicurativo include anche una

copertura per le cure fuori ricovero, la parte eccedente il massimale previsto per questa prestazione rientrerà nelle cure fuori ricovero.

### Cure dentali d'emergenza fuori ricovero.

Se previsto nel programma scelto dall'azienda contraente, la copertura include le cure ricevute presso uno studio chirurgico dentistico o un pronto soccorso al fine di alleviare tempestivamente il dolore dentale. La copertura prevede anche otturazioni temporanee (massimo 3 per anno assicurativo) e/o la riparazione di danni causati da infortunio. Il trattamento deve essere prestato entro le 24 ore dall'insorgenza dell'evento. Dalla garanzia sono escluse le protesi dentali e il trattamento al canale delle radici.

Se il piano assicurativo include anche un programma di cure dentali, la parte eccedente il massimale

previsto per questa garanzia rientrerà nelle cure dentali.

### Copertura per i neonati.

Salvo quanto diversamente concordato con l'azienda contraente, si applicano le seguenti condizioni:

L'assicurazione copre i neonati fin dalla nascita, purché Allianz Worldwide Care ne venga informata entro le prime 4 settimane di vita. La mancata notifica della nascita entro 4 settimane determinerà la copertura del bambino solo a partire dalla data in cui ne è stata data comunicazione. In caso di parti gemellari risultanti da terapie per il trattamento della sterilità le cure ricevute sono rimborsabili fino a un massimo di £20.000 / €30.000 / \$37.500 per neonato e per i primi tre mesi di vita. Le spese fuori ricovero sono coperte dal relativo programma (se sottoscritto).

Per i gruppi per i quali è prevista la dichiarazione dello

stato di salute, i neonati saranno coperti dalla nascita solo se la madre è stata assicurata con Allianz Worldwide Care durante i 6 mesi consecutivi che precedono la nascita e questa sia stata notificata entro 4 settimane. La mancata notifica della nascita entro 4 settimane determinerà la copertura del bambino solo a partire dalla data in cui è stata effettuata la comunicazione. In caso di parti gemellari risultanti da terapie per il trattamento della sterilità le cure ricevute sono rimborsabili fino a un massimo di £20.000 / €30.000 / \$37.500 per neonato e per i primi tre mesi. Le spese fuori ricovero sono coperte dal relativo programma (se sottoscritto). I neonati a seguito di parto gemellare sono soggetti alla dichiarazione di stato di salute.

## Programma di copertura delle spese fuori ricovero.

Allianz Worldwide Care offre una serie di programmi per la copertura delle prestazioni fuori ricovero,

ciascuno con differenti massimali, franchigie e scoperti.

Se l'azienda contraente ha deciso di includere nella copertura le prestazioni fuori ricovero, **è possibile che il programma scelto differisca da quelli standard.** Consultare l'Elenco delle prestazioni per l'esatta descrizione delle prestazioni coperte dal vostro piano.

I **programmi standard** comprendono in parte o tutte le seguenti prestazioni:

- Onorari dei medici generici
- Medicinali acquistabili solo con ricetta medica
- Onorari dei medici specialisti
- Esami diagnostici, incluse le radiografie
- Vaccinazioni
- Trattamenti chiropratici, omeopatici, osteopatici, medicina naturale cinese (fitoterapia) e agopuntura
- Fisioterapia (su prescrizione medica), logopedia,

terapia del nervo oculomotore e terapia occupazionale

- Check-up di routine
- Trattamento della sterilità
- Cure psichiatriche e psicoterapia
- Supporti sanitari prescritti da un medico
- Occhiali e lenti a contatto prescritti

Si noti che per alcune di queste prestazioni è richiesta la Garanzia di pagamento (per ulteriori dettagli vedere pagina 46) e può essere previsto un periodo di carenza. Per dettagli sulla copertura, consultare l'Elenco delle prestazioni facendo riferimento alla sezione "Definizioni" da pagina 51 a pagina 60 della presente guida.

### Trattamenti della sterilità.

Salvo quanto diversamente concordato con l'azienda contraente, Allianz Worldwide Care copre sempre, nei limiti del programma fuori ricovero, i costi per gli

accertamenti iniziali, non invasivi, volti a individuare le cause della sterilità.

Se il "Trattamento della sterilità" è espressamente incluso nell'Elenco delle prestazioni, la copertura si estenderà a ulteriori accertamenti diagnostici, vale a dire l'isterosalpingogramma, la laparoscopia o l'isteroscopia. In caso di Fecondazione in vitro (FIV), la copertura è prevista fino a un massimo di 4 tentativi durante l'arco di vita dell'assicurata, compresi i trattamenti ricevuti prima di godere della copertura assicurativa di Allianz Worldwide Care. Il rimborso dei costi per ciascun trattamento è soggetto al massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni.

A questa opzione si applica un periodo di carenza di 18 mesi, fatti salvi specifici accordi in deroga.

Le cure ricevute a seguito di parti gemellari risultanti da terapie per il trattamento della sterilità verranno rimborsate fino a un massimo di £20.000 / €30.000 /

\$37.500 per neonato e per i primi tre mesi. In caso di gruppi per i quali è prevista la dichiarazione dello stato di salute, anche i neonati da parto gemellare ne saranno soggetti.

## Programma di copertura delle cure dentali.

Se l'azienda contraente ha incluso nella copertura un programma di cure dentali, è possibile che il programma scelto differisca da quelli standard.

**Consultare l'Elenco delle prestazioni per l'esatta descrizione della vostra copertura.**

I programmi dentali standard offrono fino al 100% di copertura dei costi sostenuti. I costi coperti includono, ad esempio, quelli relativi a raggi X, test e materiale di laboratorio, interventi chirurgici odontoiatrici, cure periodontiche, trattamenti ortodontici e protesi dentali.

Per i trattamenti ortodontici e le protesi, è previsto un periodo di carenza di 10 mesi, salvo accordi in deroga con l'azienda contraente.

## Rimpatrio sanitario.

Si tratta di una garanzia opzionale che, se sottoscritta, viene indicata nell'Elenco delle prestazioni.

Il programma di rimpatrio sanitario consente all'assicurato che si trovasse in un luogo dove non è possibile usufruire delle dovute cure, di tornare al proprio paese di origine, se incluso nell'area geografica di copertura, anziché essere trasportato alla struttura ospedaliera più idonea e vicina, come previsto dall'Evacuazione sanitaria. È necessaria la Garanzia di pagamento.

# Esclusioni e limitazioni.

Sebbene la Compagnia copra la maggior parte delle prestazioni mediche, i trattamenti, le cure e quanto altro elencato in questo capitolo è da intendersi escluso dalla copertura, eccetto quanto eventualmente espressamente riportate nell'Elenco delle prestazioni e nei documenti di polizza.

1. Le prestazioni ricevute **fuori dall'area geografica di copertura**, salvo nei casi di emergenza o previa autorizzazione di Allianz Worldwide Care.
2. Le **patologie preesistenti** (comprese anche quelle croniche) sono coperte dalla polizza, se non diversamente specificato nello specifico documento abbinato al Certificato assicurativo.

Se invece il gruppo è soggetto a dichiarazione dello stato di salute, le eventuali patologie preesistenti non dichiarate sul modulo di sottoscrizione dal singolo assicurato non saranno coperte. Le patologie che si dovessero presentare nel periodo decorrente tra l'invio del modulo di sottoscrizione e l'emissione del Certificato assicurativo saranno considerate

“condizioni pre-esistenti” e, in caso di mancata dichiarazione, non saranno coperte.

3. I prodotti classificati come **vitamine o minerali** (eccetto se assunti durante la gravidanza o in caso di insufficienza vitaminica clinicamente provata), integratori nutrizionali o dietetici compresi, a titolo esplicativo e non esaustivo, alimenti per lattanti e cosmetici, anche se raccomandati e/o prescritti da un medico o aventi effetti terapeutici riconosciuti.
4. Prodotti e medicine acquistabili **senza ricetta medica**.
5. A meno che nell'Elenco delle prestazioni non sia inserita specificatamente la prestazione per **i trattamenti della sterilità, la copertura è limitata ai test e alle indagini non invasivi miranti**

all'individuazione della **causa della sterilità** e rientra nel massimale del piano fuori ricovero.

6. A meno che non diversamente stabilito, le indagini, i trattamenti e le cure per complicanze relative a **sterilizzazione, disfunzioni sessuali, contraccezione** incluso l'applicazione o la rimozione di dispositivi di contraccezione e/o di qualsiasi tipo di contraccettivo in genere, anche se prescritti da un medico. Sono coperte, invece, le spese per i contraccettivi prescritti da un dermatologo esclusivamente per la cura dell'acne.
7. L'**interruzione di gravidanza**, ad eccezione dell'interruzione espressamente richiesta da un medico in caso di pericolo di vita della madre.
8. I **trattamenti in regime di ricovero per parti gemellari a seguito di riproduzione assistita**

eccedenti il limite di £20.000 / €30.000 / \$37.500 per neonato e per i primi tre mesi di vita. Le

spese fuori ricovero sono coperte nei limiti del programma specifico (se sottoscritto).

9. Gli **interventi di chirurgia plastica o cosmetica** e ogni altra terapia ad essi conseguente, effettuati o meno per motivi sanitari e/o psicologici. Unica eccezione la ricostruzione chirurgica necessaria al ripristino delle funzionalità o dell'aspetto a seguito di un incidente con conseguenze gravi per l'aspetto dell'assicurato o di un intervento chirurgico oncologico avvenuti durante il periodo di validità della polizza.
10. I soggiorni presso **case di cura, centri balneari, terme, stazioni climatiche e centri di riabilitazione**, anche se prescritti da un medico.

11. Le cure e/o i trattamenti per **patologie causate intenzionalmente** o **lesioni auto-provocate**, tentativi di suicidio compresi.
12. Le cure e/o i trattamenti per **alcolismo o tossicodipendenza**.
13. Le malattie, gli infortuni e ogni conseguenza, incluso il decesso, **causati da abuso di alcool o droghe**.
14. **Il ritardo dello sviluppo infantile**, a meno che il bambino manchi di raggiungere lo stadio evolutivo consono alla sua età in una o più delle seguenti aree: sviluppo cognitivo, fisico o linguistico. Non sono coperti i casi di minimo o temporaneo ritardo evolutivo. L'entità del ritardo dello sviluppo deve essere stata valutata da personale qualificato, risultando pari ad almeno 12 mesi in una delle aree di cui sopra.
15. Le cure attinenti a **disturbi della condotta**, **disturbi da deficit dell'attenzione e iperattività**, **disturbi di tipo autistico**, **disordine ribelle di Oppositional**, **comportamento antisociale**, **manifestazioni ossessive-compulsive**, **disturbi dell'attaccamento e difficoltà di adattamento**, nonché le terapie volte al miglioramento dei rapporti socio-emozionali, **quali le terapie comunicazionali, quelle di famiglia e/o l'approccio evolutivo con metodo Floor Time**.
16. La **logoterapia** ad eccezione dei casi in cui si renda necessaria per diagnosticati difetti fisici (ad esempio un'ostruzione nasale) o difetti neurogenici (ad esempio: paresi della lingua, lesioni cerebrali) o disturbi dell'articolazione della struttura orale (ad esempio: palatoschisi). Non è coperta la logoterapia correlata a ritardo dello sviluppo, dislessia, disprassia o disordine del linguaggio

17. La **psicoterapia** in e fuori ricovero, ad eccezione dei casi diagnosticati da uno psichiatra che indirizza l'assicurato a uno psicologo per successive cure.
18. La **psicoterapia fuori ricovero**, se prevista nel piano assicurativo ed autorizzata dalla Compagnia, è coperta fino a un massimo di 10 sedute, al termine delle quali occorre riesaminare la situazione del paziente consultando uno psichiatra clinico. Per le sessioni successive, il medico dovrà fornire ad Allianz Worldwide Care una relazione attestante la necessità medica di ulteriori trattamenti. Non sono coperti i costi della terapia di famiglia o di consulenza psicologica.
19. Le cure e i trattamenti per malattie, lesioni e incidenti derivanti da **partecipazione attiva a guerre, tumulti, insurrezioni civili, atti terroristici** o **reazioni ad atti ostili da parte di paesi stranieri**, sia in situazione di guerra dichiarata che non.
20. I trattamenti e le cure relativi a patologie derivanti, direttamente o indirettamente, da **contaminazione chimica o radioattiva o da qualsiasi altro materiale nucleare** inclusa la combustione nucleare.
21. Gli accertamenti diagnostici e le terapie per i **disturbi del sonno**, insonnia compresa.
22. Le spese per l'**acquisto di un organo**, per la ricerca del donatore e dell'organo stesso, i costi di trasporto e quelli amministrativi.
23. I trattamenti o gli accertamenti diagnostici necessari a **seguito di lesioni procurate durante attività sportive** a livello professionale.

24. Qualsiasi forma di **trattamento o terapia farmacologica sperimentale non comunemente accettata e/o non allineata agli standard della medicina ufficialmente riconosciuti.**
25. I **trattamenti ortomolecolari** (vedere la definizione 69).
26. I **trattamenti e le cure derivanti da diagnosi e prescrizioni eseguite dallo stesso assicurato, dal coniuge, dai genitori o dai figli.**
27. L'**onorario del medico per la compilazione del modulo di richiesta rimborso** o altri costi amministrativi.
28. Le **visite mediche domiciliari**, ad eccezione dei casi in cui si renda necessaria per una improvvisa e acuta malattia e/o sintomatologia che impediscano all'assicurato di recarsi personalmente dal proprio medico.
29. I **test genetici**, ad eccezione del test del DNA quando strettamente correlato all'amniocentesi e coperto dalla polizza per donne di età superiore ai 35 anni.
30. I **corsi per gestanti e puerpere.**
31. **Test di Bart triplo e quadruplo** e quelli per la diagnosi della **Spina Bifida**, a meno che la paziente non abbia superato i 35 anni.
32. Le indagini e le cure contro l'**obesità.**
33. Le cure ed i trattamenti per la **caduta di capelli** o eventuali **trapianti tricologici**, ad esclusione dei casi conseguenti a cure per patologie oncologiche.
34. I **trattamenti di medicina alternativa**, se non espressamente indicati nell'Elenco delle prestazioni.

- 35. Le cure conseguenti al mancato ricorso a consulenza medica o all'erroneo o incompleto rispetto di una terapia.
- 36. Le cure necessarie a causa di errori dei medici.
- 37. I trattamenti finalizzati alla correzione della rifrazione oculare a uno od entrambi gli occhi (correzione a mezzo laser).
- 38. Le operazioni per cambio di sesso e relativi trattamenti.
- 39. Le spese di viaggio (costi di parcheggio compresi) affrontate per raggiungere e/o lasciare le strutture sanitarie presso le quali l'assicurato si è rivolto, ad eccezione delle spese che rientrano nelle prestazioni specifiche di: servizio di autoambulanza, evacuazione medica e rimpatrio sanitario.
- 40. I trattamenti e le cure per complicanze derivanti da malattie, patologie, infortuni e trattamenti completamente o parzialmente non coperti dal programma della polizza.
- 41. Tutti i seguenti trattamenti, condizioni mediche, procedure e relative conseguenze e complicanze, non sono coperti, salvo diversamente indicato nell'Elenco delle prestazioni:
  - 41.1 Cure dentali, interventi chirurgici odontoiatrici, protesi dentali e trattamenti ortodontici ad eccezione di interventi chirurgici orali/maxillofacciali, coperti dalla polizza nei limiti del programma di base prescelto
  - 41.2 Prestazioni fuori ricovero
  - 41.3 Cure dentali d'emergenza
  - 41.4 Maternità
  - 41.5 Parto domiciliare

- 41.6 Occhiali e lenti a contatto prescritti
- 41.7 Supporti sanitari prescritti
- 41.8 Vaccinazioni
- 41.9 Trattamenti preventivi
- 41.10 Check-up di routine
- 41.11 Cure psichiatriche e psicoterapia in regime di ricovero
- 41.12 Cure psichiatriche e psicoterapia fuori ricovero
- 41.13 Trattamenti della sterilità
- 41.14 Trattamenti riabilitativi
- 41.15 Rimpatrio sanitario
- 41.16 Spese per un accompagnatore in caso di rimpatrio o evacuazione di un assicurato

# Premio e informazioni generali.

La sezione seguente fornisce informazioni relative al premio di polizza ed altre importanti informazioni di carattere generale.

## Pagamento del premio.

### Responsabilità dell'azienda per il pagamento del premio assicurativo.

Nella maggior parte dei casi, l'azienda è responsabile del pagamento dei premi a Allianz Worldwide Care e di tutte le altre spese correlate (ad esempio, le imposte sul premio), per l'assicurato e per i suoi familiari che godono della copertura in base al Contratto aziendale.

Si noti tuttavia che in alcuni casi l'assicurato è responsabile del pagamento delle tasse assicurative. Per ulteriori informazioni su questo dettaglio, rivolgersi all'azienda contraente.

### Responsabilità dell'assicurato per il pagamento del premio assicurativo.

Se il responsabile del pagamento dei premi è l'assicurato, il premio deve essere pagato in anticipo

rispetto alla data di inizio della copertura. I premi annuali sono stati stabiliti di comune accordo tra l'azienda contraente e Allianz Worldwide Care. L'importo ed il metodo di pagamento stabiliti tra le parti sono riportati sul Certificato assicurativo. Il **premio iniziale** o la prima rata, in caso di frazionamento, devono essere versati subito dopo l'accettazione della copertura da parte di Allianz Worldwide Care.

Il **pagamento dei premi di rinnovo** scade il primo giorno del periodo di pagamento scelto. A seconda del metodo di pagamento sono disponibili formule di frazionamento del premio: su base mensile, trimestrale, semestrale. In caso di discrepanza tra quanto concordato e quanto riportato nella quietanza di pagamento, contattare immediatamente la Compagnia. La Compagnia non si assume alcuna responsabilità per i pagamenti effettuati tramite terzi.

Il premio deve essere versato nella valuta prescelta. Se

per qualsiasi motivo non fosse possibile provvedere al pagamento, chiamare il numero +353 1 630 1305.

I termini di pagamento possono essere variati solo al rinnovo annuale della polizza a mezzo richiesta scritta entro 30 giorni dalla data di scadenza della polizza. Il mancato pagamento del premio iniziale e/o dei premi successivi può determinare la decadenza della copertura.

### Altri costi.

Oltre al premio, l'assicurato è tenuto a pagare le tasse assicurative, le imposte ed eventuali altri costi dovuti per legge e che la Compagnia è tenuta a versare in virtù della copertura fornita. Nella quietanza di pagamento sono riportati sia il premio imponibile che la tassazione applicata. La polizza si perfeziona con il pagamento anticipato del premio finito, ossia del premio inclusivo delle tasse.

Il pagamento di tali imposte, addebiti e tasse deve

essere effettuato alla Compagnia al momento del pagamento del premio, fatta eccezione per quanto diversamente previsto dalle normative vigenti.

### Variazione del premio e altri costi.

Ogni anno, alla data di rinnovo, la Compagnia si riserva il diritto di cambiare il metodo di calcolo del premio, il premio stesso nonché il metodo di pagamento. Ogni cambiamento, comunque, potrà avvenire solo ed esclusivamente alla data di rinnovo.

La Compagnia può inoltre variare in qualsiasi momento il corrispettivo dovuto a titolo di imposta, prelievo o tassa ove venga introdotta una nuova imposta o tassa oppure vengano variati i tassi delle imposte o dei prelievi già esistenti.

In caso di modifiche degli importi dei premi o delle imposte, tasse e addebiti da versare, la Compagnia si impegna ad avvisare tempestivamente l'assicurato. Se

l'assicurato non accetta le modifiche apportate, ha comunque facoltà di chiedere la cancellazione della polizza, nel rispetto delle seguenti tempistiche:

- Entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore delle modifiche oppure
- Entro 30 giorni dalla comunicazione delle modifiche da parte della Compagnia, a seconda di quale dei due eventi si verifica dopo

## Eventi importanti.

Nella Guida si fa riferimento agli eventi importanti, come l'inizio, il rinnovo o la disdetta della polizza oppure l'estensione della copertura ad altre persone come i familiari. In questa sezione vengono descritti con precisione i tempi e le modalità di tali eventi. È nostro costante obiettivo migliorare il servizio offerto ai nostri assicurati. Per aiutarci a raggiungere questo scopo, quando si chiede la cancellazione della polizza ci sarebbe utile e gradito conoscere anche le motivazioni che hanno portato a tale decisione.

## Inizio della copertura.

La copertura decorre dalla data riportata sul Certificato assicurativo e prosegue fino alla data di rinnovo della polizza di gruppo sempre riportata nel Certificato assicurativo. In genere le coperture sono annuali, salvo diversamente stabilito tra l'azienda contraente e Allianz Worldwide Care o nei casi in cui una copertura venga attivata nel corso dell'anno assicurativo. Alla scadenza, l'azienda contraente può rinnovare la polizza in base ai termini e alle condizioni in vigore in quel momento, che diventeranno vincolanti per gli assicurati.

## Inizio della copertura per i familiari a carico.

Se la polizza si estende ad altre persone anche per queste sarà valida la data di inizio riportata sul Certificato assicurativo. Il certificato identifica tali persone come familiari a carico, così come concordato fra l'azienda contraente e Allianz Worldwide Care. La

copertura durerà finché l'assicurato continuerà a far parte della polizza di gruppo.

### Aggiunta di familiari a carico.

Qualora l'accordo con l'azienda contraente lo consenta, sarà possibile richiedere di includere altri familiari nella copertura. Salvo se diversamente indicato, la richiesta deve essere effettuata dalla stessa azienda contraente.

Per i gruppi per i quali non è prevista la dichiarazione di stato di salute, l'assicurazione copre i neonati fin dalla nascita, purché Allianz Worldwide Care ne venga informata entro le prime 4 settimane di vita. La mancata notifica della nascita entro 4 settimane determinerà la copertura del bambino solo a partire dalla data in cui ne è stata data comunicazione. In caso di parti gemellari risultanti da terapie per il trattamento della sterilità, le cure ricevute sono rimborsabili fino a un massimo di £20.000 / €30.000 /

\$37.500 per neonato e per i primi tre mesi. Le spese fuori ricovero sono coperte dal relativo programma (se sottoscritto).

Per i gruppi per i quali è prevista la dichiarazione dello stato di salute, l'assicurazione copre i neonati fin dalla nascita, purché Allianz Worldwide Care ne venga informata entro le prime 4 settimane di vita e la madre sia stata assicurata con la stessa polizza nei 6 mesi antecedenti il parto. La mancata notifica della nascita entro 4 settimane determinerà la copertura del bambino solo a partire dalla data in cui ne è stata data comunicazione. In caso di parti gemellari risultanti da terapie per il trattamento della sterilità, le cure ricevute sono rimborsabili fino a un massimo di £20.000 / €30.000 / \$37.500 per neonato e per i primi tre mesi. Le spese fuori ricovero sono coperte dal relativo programma (se sottoscritto). I neonati a seguito di parto gemellare sono soggetti alla dichiarazione di stato di salute.

## Rinnovo della copertura.

Il rinnovo della copertura dipende dal rinnovo dell'accordo tra l'azienda contraente ed Allianz Worldwide Care.

Se il contratto viene rinnovato, l'assicurato riceve un nuovo Certificato assicurativo a garanzia della copertura assicurativa fino alla successiva data di scadenza.

## Cancellazione della polizza.

L'azienda contraente ha la facoltà, in qualunque momento e inviando alla Compagnia una notifica scritta, di escludere l'assicurato e i suoi familiari dalla copertura. La cancellazione non può, comunque, essere retrodatata.

La copertura decade automaticamente nei seguenti casi:

- Alla fine dell'anno assicurativo, qualora non venga rinnovato l'accordo tra Allianz Worldwide Care e

l'azienda contraente

- Qualora l'azienda contraente decida di cancellare o di non rinnovare la copertura per uno specifico assicurato
- In caso di mancato pagamento dei premi o di altri costi dovuti da parte dell'azienda contraente
- Qualora l'assicurato, tenuto al pagamento del premio individuale e relative tasse e/o altri costi, risulti insolvente
- Quando l'assicurato cessa il rapporto lavorativo con l'azienda contraente
- In caso di decesso dell'assicurato

Allianz Worldwide Care si riserva il diritto di annullare la copertura di un assicurato e quella delle altre persone elencate nel Certificato assicurativo, ove abbia ragionevole motivo di sospettare che questi si sia reso colpevole di comportamenti ingannevoli, fornendoci informazioni non veritiere o omettendone di necessarie o, ancora, agevolando altri, sia intenzionalmente che per incuria, nel fornire

informazioni false, tali da influenzare Allianz Worldwide Care nelle decisioni relative:

- all'inclusione di una persona in copertura
- alla determinazione del premio
- alla legittimità di un rimborso

### **Proseguimento della copertura.**

Alla scadenza di una copertura nell'ambito di una polizza di gruppo, l'assicurato ha facoltà di chiedere il passaggio ad un programma individuale compilando - se richiesto - una dichiarazione di stato di salute. La Compagnia si riserva comunque il diritto di accettare o meno la richiesta.

La richiesta di proseguimento della copertura in forma individuale deve essere inoltrata entro un mese dalla scadenza della copertura precedente. Se la Compagnia fornisce parere favorevole la polizza individuale decorrerà dalla data di scadenza della copertura

precedente (senza soluzione di continuità).

## **Informazioni generali.**

### **Elenco delle prestazioni.**

L'Elenco delle prestazioni riporta i massimali di spesa nella valuta concordata con l'azienda contraente (o con l'assicurato in caso di pagamento individuale). Le valute applicabili sono: Euro, Sterlina inglese o Dollaro USA.

### **Modifiche alla copertura.**

I termini e le condizioni della polizza possono essere soggette a variazioni in base ad accordi fra azienda contraente e Allianz Worldwide Care.

### **Modifiche del Certificato assicurativo.**

Nel corso dell'anno assicurativo, Allianz Worldwide

Care emette un nuovo Certificato assicurativo nei seguenti casi:

- Inclusione in copertura di una nuova persona (ad esempio un neonato), previo benessere dell'azienda contraente
- Applicazione di variazioni alla copertura richieste dall'azienda contraente o legittimamente introdotte dalla Compagnia

A partire dalla data indicata, il nuovo Certificato assicurativo sostituirà a tutti gli effetti qualsiasi versione precedente.

### Terze parti.

Nessuna altra persona fisica o giuridica è autorizzata ad apportare o accettare modifiche alla polizza per conto della Compagnia né a decidere di non esercitare i diritti della Compagnia. Nessuna modifica alla copertura può essere valida se non espressamente concordata tra l'azienda contraente e Allianz

Worldwide Care.

### Scadenza della copertura.

Si prega di notare che il diritto al rimborso termina alla scadenza della copertura assicurativa. Le spese coperte e sostenute durante il periodo di validità della medesima verranno rimborsate entro i 6 mesi successivi alla scadenza. Eventuali costi per prolungamenti di cure e trattamenti oltre la scadenza della copertura, non sono coperti.

### Prestazioni necessarie per colpa di terzi.

Se la necessità di prestazioni medico/sanitarie sorge per colpa o dolo altrui, occorre informarne la Compagnia per iscritto, quanto prima possibile. (Esempio: ricorso a cure mediche a seguito di un infortunio per incidente stradale di cui l'assicurato non ha responsabilità). In tal caso, l'assicurato è tenuto a:

- Ottenere dalla persona responsabile tutti i dati

della sua assicurazione, dalla quale Allianz Worldwide Care potrà esigere il rimborso delle spese sostenute

- Versare ad Allianz Worldwide Care, con gli eventuali interessi, la somma che fosse riuscito a ottenere da parte di terzi come risarcimento per le spese sostenute dalla Compagnia stessa

### Altre coperture assicurative.

Gli assicurati sono tenuti a informare per iscritto la Compagnia dell'eventuale esistenza di altre polizze che coprono i costi delle cure o delle prestazioni per le quali viene richiesto un rimborso ad Allianz Worldwide Care. Nel caso si goda di altre coperture assicurative, la Compagnia paga solo la quota di propria spettanza.

### Variazione di indirizzo/e-mail.

Qualsiasi variazione di indirizzo (casa, ufficio o e-mail) deve essere comunicata quanto prima al Servizio clienti per consentire ad Allianz Worldwide Care di mantenere i contatti con l'assicurato.

### Invio di documenti.

I documenti per la richiesta di rimborso devono essere inviati a mezzo posta (affrancatura a carico del mittente). La Compagnia di norma non restituisce i documenti originali, salvo richiesta esplicita al momento dell'invio solo in tal caso i documenti verranno restituiti all'assicurato.

### Giurisdizione.

La polizza è disciplinata dalle leggi della Repubblica d'Irlanda. Pertanto, ogni controversia che non possa essere risolta diversamente sarà sottoposta alla giurisdizione dei tribunali irlandesi.

# Come denunciare un sinistro e richiedere un rimborso.

Leggere attentamente il presente capitolo al fine di disporre di un efficiente servizio di rimborso.

Tutte le richieste di rimborso devono pervenire corredate da documentazione, fatture e ricevute originali entro 6 mesi dal termine dell'anno assicurativo o, se la polizza viene annullata, entro 6 mesi dalla fine della copertura. **Dopo tale scadenza Allianz Worldwide Care non è più tenuta ad alcun rimborso.**

Prima di presentare una richiesta di rimborso, accertarsi che la prestazione di cui si chiede il rimborso sia coperta dal programma assicurativo (ad esempio, cure fuori ricovero, costi di maternità, cure dentali e così via) consultando l'Elenco delle prestazioni. Per ulteriori chiarimenti, la Helpline sarà lieta di fornire tutte le informazioni necessarie.

## Elaborazione delle richieste di rimborso.

I moduli di richiesta di rimborso, integralmente compilati, vengono elaborati e le istruzioni di

pagamento inoltrate alla vostra banca entro 48 ore. Qualora fossero necessarie ulteriori informazioni per completare la procedura di rimborso, viene inviata automaticamente una comunicazione (via posta elettronica e/o posta ordinaria) all'assicurato o al suo medico generico entro le 24 ore dalla ricezione del modulo di Richiesta rimborso. L'assicurato sarà informato di ogni fase del processo di rimborso attraverso comunicazioni automatiche di posta elettronica (purché, ovviamente, ne sia stato fornito l'indirizzo).

Per essere sicuri di ottenere rapidamente il rimborso, seguire le istruzioni riportate nella sezione seguente. NB: L'eventuale restituzione della documentazione in originale va riportata sul modulo di Richiesta rimborso.

## In caso di ricovero ospedaliero.

In caso di ricovero ospedaliero, se informata per tempo e in assenza di eventuali elementi ostativi, la Compagnia provvederà al pagamento diretto alla struttura sanitaria nel rispetto dei massimali, delle franchigie ed eventuali scoperti presenti nel programma assicurativo prescelto.

Se per il trattamento richiesto occorre la **Garanzia di pagamento**, il medico e l'assicurato dovranno completare il relativo modulo e inviarlo alla Compagnia per approvazione prima dell'inizio della cura. Detta notifica deve avvenire con almeno 5 giorni di anticipo rispetto alla data del trattamento, affinché non si verificchino ritardi e imprevisti nei tempi di accettazione. Per ulteriori informazioni sulla Garanzia di pagamento, vedere da pagina 45 a pagina 48.

Consultare l'Elenco delle prestazioni per verificare in quali casi è richiesta la Garanzia di pagamento.

## In caso di cure fuori ricovero e cure dentali.

È importante ricordare e fare attenzione a quelle prestazioni fuori ricovero per le quali, prima che vengano prestate, è necessario che voi ed il medico curante compilate una richiesta di Garanzia di pagamento da inoltrare ad Allianz Worldwide Care. Consultare l'Elenco delle prestazioni per i dettagli in merito.

A meno che non sussistano accordi diversi, il costo delle cure dentali e fuori ricovero viene in genere anticipato dall'assicurato al momento della prestazione e rimborsato successivamente da Allianz Worldwide Care.

Il modulo di Richiesta di rimborso e il modulo di Garanzia di pagamento possono essere scaricati dal sito Web:  
[www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com)

INDIRIZZO:  
Allianz Worldwide Care  
18B Beckett Way  
Parkwest Business Campus  
Nangor Road  
Dublin 12  
Irlanda

Per richiedere un rimborso è essenziale attenersi alla seguente procedura:

- A ogni visita ambulatoriale prestata da un medico generico, un dentista o uno specialista, portare con sé un modulo di Richiesta rimborso
- Compilare la parte di propria competenza, datare e firmare il modulo
- È responsabilità dell'assicurato accertarsi che il medico fornisca tutte le informazioni mediche rilevanti, incluse diagnosi e terapia, nell'apposita sezione e apponga date, firme e timbri

Se le fatture contengono tutti i dettagli della diagnosi e della natura del trattamento, non occorre che il medico compili questa sezione del modulo.

- Allegare tutta la documentazione di supporto, le fatture e le ricevute originali (ad esempio le

parcelle del medico, le ricevute della farmacia e relative ricette) e inviarle ad Allianz Worldwide Care all'indirizzo riportato sul modulo. È responsabilità dell'assicurato conservare copia di tutta la corrispondenza con Allianz Worldwide Care, in particolare dei moduli di Richiesta di rimborso e delle ricevute delle spese mediche. La Compagnia declina ogni responsabilità per la corrispondenza smarrita

- Se la cifra richiesta è inferiore all'ammontare della franchigia prevista dal programma assicurativo, è consigliabile conservare il modulo di Richiesta rimborso e le ricevute, **senza distruggerli**. Continuare a raccogliere tutti i moduli di Richiesta rimborso per le cure fuori ricovero, sino a che l'importo totale delle richieste non diventa superiore all'importo della franchigia. Inviare quindi tutti i moduli di richiesta compilati con la relativa documentazione originale (ricevute/fatture)

- È necessario compilare un singolo modulo per ciascuna persona e ciascun evento per il quale si richiede il rimborso
- Nel modulo di richiesta specificare la valuta in cui si desidera ottenere il rimborso. Talvolta i regolamenti bancari internazionali non consentono alla Compagnia di effettuare un pagamento nella valuta richiesta. In tal caso, sarà applicata la valuta delle fatture (ove possibile). Se sarà necessario eseguire una conversione tra due valute, verrà utilizzato il tasso di cambio in vigore alla data in cui è stata emessa la fattura
- Per evitare ritardi nella liquidazione delle richieste di rimborso, accertarsi che i dettagli sul pagamento nel modulo Richiesta rimborso siano corretti

I costi sostenuti saranno rimborsati nei limiti dei massimali, delle franchigie e/o degli scoperti previsti

dalla polizza e subordinatamente alla Garanzia di pagamento ove richiesta.

*L'assicurato e i suoi familiari si impegnano a collaborare con la Compagnia nell'ottenere tutte le informazioni necessarie per la gestione della richiesta di rimborso. La Compagnia si riserva il diritto di accedere a tutta la documentazione clinica dell'assicurato e a trattare direttamente con la struttura sanitaria o il medico curante dell'assicurato. Ove lo ritenga necessario, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere, a proprie spese, una visita medica presso uno dei suoi consulenti medici. Tutte le informazioni saranno trattate con la massima riservatezza. In caso di inosservanza di questi obblighi da parte dell'assicurato o dei suoi familiari a carico, la Compagnia di riserva il diritto di rifiutare le prestazioni.*

I moduli di Richiesta di rimborso e Garanzia di pagamento possono essere scaricati dal sito Web:  
**[www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com)**

È inoltre possibile, nel caso l'azienda contraente abbia selezionato la relativa opzione, controllare lo stato delle richieste di rimborso alla pagina Servizi online del sito Web. Per ulteriori informazioni su tali servizi, consultare pagina 9.

Indirizzo:

Allianz Worldwide Care  
18B Beckett Way  
Parkwest Business Campus  
Nangor Road  
Dublin 12  
Irlanda

## Frode.

Non verrà erogato alcun pagamento qualora una richiesta di rimborso risulti sotto qualsiasi profilo falsa, fraudolenta o intenzionalmente esagerata oppure se l'assicurato, i suoi familiari a carico o terzi che agiscano in loro nome adottino mezzi illeciti o fraudolenti al fine di ottenere i benefici offerti dalla polizza. Qualsiasi importo eventualmente erogato prima della scoperta dell'atto o dell'omissione fraudolenta diventerà immediatamente esigibile da Allianz Worldwide Care.

## Garanzia di pagamento.

Consultare l'Elenco delle prestazioni per verificare quali prestazioni incluse nel vostro piano assicurativo sono soggette alla Garanzia di pagamento.

## Definizione della Garanzia di pagamento.

La Garanzia di pagamento è un certificato con il quale Allianz Worldwide Care garantisce la copertura di determinate prestazioni e relativi costi (se incluse nel piano assicurativo). Tali prestazioni sono contrassegnate nel relativo Elenco con le note 1 o 2. La procedura prevede che, prima dell'inizio delle cure, l'assicurato e il suo medico compilino il modulo di Garanzia di pagamento nelle sezioni di loro spettanza e lo inviino all'ufficio sinistri della Compagnia per l'approvazione (Claims Department). La Compagnia si pronuncerà in merito entro 24 ore dal ricevimento del modulo correttamente compilato.

## Quando è necessaria la Garanzia di pagamento.

Le prestazioni soggette ad approvazione preventiva tramite presentazione di un modulo di Garanzia di pagamento sono le seguenti:

- Tutte le cure in regime di ricovero
- Scansioni MRI (Risonanza Magnetica), PET (tomografia a emissione di positroni) e TAC/PET
- Assistenza domiciliare o in convalscenziario
- Maternità e complicanza di gravidanza e parto (solo in regime di ricovero)
- Trattamenti oncologici (in ricovero e day hospital)
- Terapia occupazionale (solo fuori ricovero)
- Trattamenti riabilitativi
- Evacuazione medica (o rimpatrio sanitario)
- Accompagnatore al rimpatrio o alla evacuazione
- Rimpatrio della salma

Nel vostro Elenco delle prestazioni sono indicate quelle prestazioni per le quali è necessario compilare ed inviare alla Compagnia il modulo Garanzia di pagamento.

## Perché è necessaria la Garanzia di pagamento.

La Garanzia di pagamento è necessaria a garantire la copertura di tutti i costi nel limite del programma assicurativo. Come per ogni polizza sanitaria, infatti, la copertura prevede che la prestazione richiesta sia quella effettivamente necessaria e appropriata, anche da un punto di vista dei costi, in rapporto alle esigenze mediche dell'assicurato. È dunque fondamentale che l'interessato contatti Allianz Worldwide Care prima dell'inizio del trattamento, in modo da consentirle di confermarne la necessità medica e l'adeguatezza dei costi. Con la procedura della Garanzia di pagamento, Allianz Worldwide Care può garantire il pagamento diretto della prestazione ed evitare all'assicurato qualsiasi preoccupazione di carattere finanziario.

La Garanzia di pagamento consente, inoltre, di offrire un servizio migliore ossia:

- una veloce procedura di ammissione ed il pagamento diretto, in caso di ricovero pianificato

- l'organizzazione ed il coordinamento in caso di evacuazione o rimpatrio. Contattare l'Helpline per ricevere istruzioni in merito o ulteriori informazioni

## Cosa succede se non si ha la Garanzia di pagamento?

Salvo quanto diversamente concordato con l'azienda contraente, la procedura ed i Termini e Condizioni di polizza prevedono quanto segue:

Per le prestazioni contrassegnate dalle note 1 o 2, nell'Elenco delle prestazioni, prima dell'inizio delle cure, l'assicurato e il suo medico devono compilare il modulo di Garanzia di pagamento nelle sezioni di loro spettanza e inviarlo all'ufficio sinistri della Compagnia. Preghiamo di contattare la Compagnia con almeno 5 giorni di anticipo rispetto alla data prevista per la prestazione, sì da permetterle di evitare ritardi nei tempi di accettazione.

In caso di mancata concessione della Garanzia di pagamento per le prestazioni contrassegnate nel relativo Elenco con la nota **1**, **Allianz Worldwide Care** si riserva il diritto di rifiutarne il rimborso. Qualora venga successivamente dimostrato che le cure ricevute erano inderogabilmente necessarie da un punto di vista medico, il rimborso avverrà nella misura dell'**80%**.

In caso di mancata concessione della Garanzia di pagamento per le prestazioni contrassegnate nel relativo Elenco con la nota **2**, **Allianz Worldwide Care** si riserva il diritto di rifiutarne il rimborso. Qualora venga successivamente dimostrato che le cure ricevute erano inderogabilmente necessarie da un punto di vista medico, il rimborso avverrà nella misura dell'**50%**. Nei casi di emergenza, la Compagnia deve essere informata entro 24 ore dal verificarsi dell'evento.

La compilazione del modulo di Garanzia di pagamento, permette all'assicurato di accedere alle cure in regime di ricovero senza doverne anticipare il

pagamento, così come di contare sulla supervisione da parte del nostro medico.

## La prestazioni negli Stati Uniti.

Per le prestazioni negli Stati Uniti, coloro che dispongono di una copertura “Mondo intero” devono richiedere al proprio medico di chiamare il **nostro numero verde indicato sul retro della tessera personale**, al fine di verificare il diritto alla copertura. In tal modo potremmo predisporre il pagamento diretto sia per le prestazioni in regime di ricovero che per quelle fuori ricovero.

# Domande frequenti.

Riportiamo di seguito alcune delle domande più frequenti e le relative risposte. Per ulteriori chiarimenti, contattare la Helpline.

Per ulteriori informazioni  
visitare  
[www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com)

**D. Dove posso curarmi?**

**R.** Se nel paese in cui abitualmente si vive e si lavora non è disponibile il trattamento medico necessario, è possibile recarsi in qualsiasi altro paese incluso nell'area geografica di copertura indicata nel Certificato assicurativo. Per ottenere il rimborso delle spese mediche e delle spese di viaggio, è necessario richiedere la Garanzia di pagamento prima di partire.

Se, invece, la scelta di curarsi in un altro paese è meramente arbitraria, sempre comunque che si tratti di un paese incluso nell'area geografica di copertura, Allianz Worldwide Care rimborsa solo quanto previsto dal programma assicurativo, escludendo, quindi, qualsiasi rimborso per le spese di viaggio.

**D. Sono coperto nel mio paese di origine?**

**R.** Se non diversamente stabilito dall'azienda contraente e da Allianz Worldwide Care, nel momento in cui l'assicurato fa ritorno al proprio paese di origine per eleggerlo a propria residenza principale, la polizza manterrà la sua validità purché il paese di origine rientri nell'area di copertura. Si noti, comunque, che in alcuni paesi vi sono delle restrizioni legali per i propri cittadini.

**D. La copertura continua quando recedo dalla polizza di gruppo?**

**R.** Se si giunge al termine della copertura, in base al Contratto aziendale, il dipendente può chiedere il

passaggio a un programma individuale. La richiesta di prosecuzione della copertura deve essere effettuata entro un mese dal recesso dalla polizza di gruppo. La Compagnia si riserva il diritto di accettare o meno la sottoscrizione.

**D. In quali ospedali posso recarmi?**

**R.** Sul sito Web è possibile effettuare una ricerca tra le strutture sanitarie di tutto il mondo, raccolte in apposito elenco. Non esiste, comunque, alcun vincolo per cui l'assicurato debba servirsi esclusivamente delle strutture incluse in detto elenco. Per qualsiasi prestazione per cui è necessaria una Garanzia di pagamento, si prega di contattare l'Helpline prima di sottoporsi alle cure. Allianz Worldwide Care provvederà, dove possibile, al pagamento diretto delle vostre spese mediche in ricovero presso la struttura prescelta.

**D. Perché è necessario compilare il modulo di Garanzia di pagamento?**

**R.** La Garanzia di pagamento è un certificato con il quale Allianz Worldwide Care garantisce, appunto, la copertura di determinati prestazioni ed i relativi costi. In tal modo l'assicurato potrà accedere alle cure necessarie senza anticiparne la spesa. A ciò si aggiunge l'ulteriore vantaggio della supervisione della nostra equipe medica interna, con il risultato che l'assicurato potrà concentrarsi esclusivamente sulla propria salute senza alcuna preoccupazione soprattutto di carattere finanziario.

# Reclami.

## Procedura da seguire in caso di reclami.

I commenti, sia positivi che negativi, sono estremamente preziosi e, quindi, sempre apprezzati. In caso di problemi, questa semplice procedura consente di gestirli nel modo più rapido ed efficiente possibile.

La Helpline di Allianz Worldwide Care è sempre il primo punto di contatto a cui rivolgersi in caso di problemi o reclami. Contattare il numero **+353 1 630 1305** (disponibile 5 giorni a settimana, dalle ore 18 della domenica alle ore 19 GMT del venerdì).

Qualora risulti impossibile risolvere il problema telefonicamente, inviare un messaggio di posta elettronica o un fax o, in alternativa, scrivere al seguente indirizzo:

**Allianz Worldwide Care**  
**18B Beckett Way**  
**Park West Business Campus**  
**Nangor Road**  
**Dublin 12**  
**Irlanda**

**Fax: +353 1 630 1399**

**E-mail: [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)**

Se la soluzione fornita non è soddisfacente e si desidera ricevere ulteriore attenzione, inviare una lettera al Direttore generale allo stesso indirizzo.

# Definizioni.

Di seguito è riportato il significato attribuito ad alcune parole e frasi contenute nei programmi assicurativi Allianz Worldwide Care, anche se non necessariamente tutte presenti nella vostra specifica copertura. Consultare il vostro Elenco delle prestazioni per conoscere il vostro piano assicurativo. Laddove, comunque, tali termini siano presenti, essi avranno sempre il significato qui di seguito enunciato.

1. **Accompagnatore al rimpatrio o alla evacuazione:** costo del viaggio di una persona che accompagna l'assicurato in caso di rimpatrio o evacuazione. Se l'accompagnatore non può viaggiare sullo stesso mezzo di trasporto dell'assicurato, gli verrà pagato il viaggio in classe economica. Per l'accompagnatore che torna al paese da cui ha avuto luogo l'evacuazione/il rimpatrio è previsto anche il rimborso, in classe economica, del viaggio di ritorno. Sono escluse tutte le altre spese quali hotel, vitto e così via.
2. **Ambulanza locale:** trasporto previsto nei casi di emergenza o esigenza medica a mezzo autoambulanza all'ospedale o struttura sanitaria più idonea e più vicina.
3. **Anno assicurativo:** periodo intercorrente tra la data di inizio della copertura indicato nel Certificato assicurativo e la data di scadenza del Contratto aziendale. L'anno assicurativo coincide solitamente con l'anno definito nel Contratto aziendale.
4. **Assicurato:** la persona e i relativi familiari elencati nel Certificato assicurativo.
5. **Assistenza domiciliare o in convalescenziario:** assistenza prestata da infermiere professionale subito dopo o in alternativa al ricovero o al day hospital al domicilio dell'assicurato o in un convalescenziario. Deve essere richiesta dal medico curante come reale necessità medica e concordata con il responsabile sanitario della Compagnia; richiede quindi la Garanzia di pagamento. Non sono coperte le spese in caso di soggiorni in stazioni termali, centri di cura e benessere e/o beauty farm.
6. **Azienda contraente:** l'azienda, il cui nome è riportato del Certificato assicurativo, per cui l'assicurato lavora e che sottoscrive il piano assicurativo in suo favore.
7. **Certificato assicurativo:** documento rilasciato da Allianz Worldwide Care che riporta i dettagli della copertura. Conferma l'esistenza di un contratto tra l'azienda contraente e la compagnia assicuratrice.
8. **Check-up di routine:** test e analisi effettuati in assenza di sintomatologie cliniche miranti a prevenire con tempestività malattie o disturbi e con una frequenza

- giustamente rapportata all'età dell'assicurato. Tali analisi, eseguite a intervalli appropriati per la prevenzione di eventuali patologie, comprendono:
- test di routine (pressione sanguigna, colesterolemia, pulsazioni, temperatura corporea, respirazione e così via)
  - esami cardiovascolari
  - esami neurologici
  - screening oncologico
  - check-up del bambino (di età inferiore ai 7 anni e per un massimo di 15 visite nell'arco della vita del bambino)
9. **Chirurgia ambulatoriale:** interventi chirurgici eseguiti da personale medico nell'ambulatorio di una struttura sanitaria senza che sia richiesto il ricovero notturno del paziente.
10. **Chirurgia dentale:** include estrazione, apicectomia, trattamenti di altri problemi orali, tipo la deformazione congenita della mascella (e.g. gnatoschisi), le fratture e i tumori. I trattamenti relativi all'implantologia chirurgica non rientrano nella chirurgia dentale.
11. **Compagnia/Compagnia assicuratrice:** Allianz Worldwide Care.
12. **Complicanza della gravidanza:** con riferimento allo stato di salute della madre si intendono le seguenti situazioni che si presentino nel periodo antecedente il parto: gravidanza extrauterina, aborto spontaneo, feto morto e mola idatiforme.
13. **Complicanza del parto:** emorragia post-partum e mancata espulsione della membrana placentare che si presentano durante il parto e richiedono un intervento ostetrico. Il parto cesareo rientra nelle complicanze del parto solo se il piano assicurativo include anche la prestazione Maternità.
14. **Condizioni pre-esistenti:** stato di salute dell'assicurato durante i 5 anni che precedono la data di inizio della copertura. Si considerano condizioni preesistenti tutte le patologie e loro complicanze conosciute o che presumibilmente avrebbero dovuto essere conosciute, a prescindere che siano state o meno diagnosticate da un medico. Tali patologie e condizioni correlate, di cui l'assicurato o i suoi familiari sono, erano o avrebbero presumibilmente dovuto essere a conoscenza, sono considerate preesistenti. Le condizioni che insorgono nel periodo compreso tra la compilazione del modulo di sottoscrizione e l'accettazione del rischio da parte dell'Ufficio assuntivo di Allianz Worldwide Care sono parimenti considerate preesistenti.

15. **Contratto aziendale:** accordo tra Allianz Worldwide Care e l'azienda contraente che definisce la polizza assicurativa. In esso viene stabilito chi ha diritto alla copertura, la data di inizio della assicurazione, le modalità di rinnovo e di pagamento dei premi, nonché il piano assicurativo.
16. **Costo per un genitore che accompagna il figlio minorenni assicurato durante il ricovero:** costi di pernottamento in ospedale di un genitore per la durata del ricovero del minore. Qualora non sia possibile il pernottamento in ospedale, la Compagnia contribuisce per la spesa equivalente al costo per notte di un hotel a 3 stelle, qualunque sia l'effettivo costo di pernottamento sostenuto. Sono esclusi i costi relativi a lavanderia, vitto, telefono, giornali e così via.
17. **Cure del neonato:** accertamenti medici di routine miranti a valutare l'integrità delle funzioni basilari degli organi e della struttura scheletrica del bambino. Tali accertamenti vengono eseguiti immediatamente dopo la nascita. Dalla copertura sono escluse altre procedure diagnostiche/preventive, quali: tamponi faringei, test ematici e prove audiometriche. Qualsiasi intervento medico successivo sarà coperto dalla polizza del bambino.
18. **Cure di emergenza fuori ricovero:** trattamenti ricevuti in un pronto soccorso a seguito di incidente/infortunio o improvviso malessere per il quale l'assicurato non necessita di ricovero ospedaliero. Il trattamento deve essere prestato entro le 24 ore dall'insorgenza dell'evento.
19. **Cure dentali:** includono check-up dentistico annuale, otturazioni, cura della carie e trattamento del canale della radice.
20. **Cure dentali d'emergenza fuori ricovero:** cure ricevute in ambulatorio o in pronto soccorso ospedaliero per un immediato sollievo al dolore dentale, inclusa un'otturazione temporanea (con un massimo di 3 otturazioni all'anno) o la riparazione di un dente danneggiato a seguito di incidente. Il trattamento deve essere prestato entro le 24 ore dall'insorgenza dell'evento. Sono esclusi tutti i tipi di protesi dentali o le cure ai canali delle radici.
21. **Cure dentali d'emergenza in regime di ricovero:** cure dentali rese necessarie in modo improvviso e con ricovero ospedaliero a causa di incidente o infortunio grave. Il trattamento deve essere prestato entro le 24 ore dall'insorgenza dell'evento.
22. **Cure fuori ricovero:** trattamenti e cure prestati da un medico senza che vi sia un ricovero ospedaliero.

23. **Cure in regime di ricovero:** cure ricevute in un ospedale dove si renda necessario il pernottamento.
24. **Cure periodontiche:** trattamenti dentali correlati ai disturbi gengivali.
25. **Cure post-natali:** cure mediche di routine da prestarsi alla purpera entro le sei settimane dopo il parto.
26. **Cure pre-natali:** controlli standard, test solitamente richiesti in gravidanza, test triplo e quadruplo di Bart, test per la Spina Bifida e amniocentesi per le donne di età superiore ai 35 anni, nonché analisi del DNA, se direttamente correlata all'amniocentesi.
27. **Cure specialistiche:** cure e trattamenti non chirurgici eseguiti da un medico specialista.
28. **Emergenza:** insorgenza di una condizione sanitaria improvvisa e imprevedibile che richiede assistenza medica urgente. Sono coperte solo le cure iniziate entro le 24 ore dall'insorgenza dell'evento di emergenza.
29. **Evacuazione sanitaria:** trasporto dell'assicurato al centro medico più vicino ed idoneo, qualora le cure necessarie e coperte dal programma assicurativo non siano disponibili in loco o in caso di emergenza non vi sia disponibilità di sangue compatibile e di strutture trasfusionali. Si noti che tale centro potrebbe non essere

situato nel paese di origine dell'assicurato. L'evacuazione verrà gestita nel modo più economico, ma nel pieno rispetto delle condizioni di salute dell'assicurato.

Terminata la cura, all'assicurato evacuato che torni al paese in cui solitamente vive e lavora (domicilio o residenza principale) viene rimborsato il costo del viaggio di ritorno in classe economica.

Se, dopo la **dimissione dall'ospedale in cui era ricoverato**, l'assicurato, per motivi medici, non è in condizioni di essere evacuato o trasportato, Allianz Worldwide Care copre ragionevoli costi di soggiorno in una camera di albergo con bagno privato fino a un massimo di 7 giorni. Sono esclusi dalla copertura i costi di soggiorno in hotel a 4 o 5 stelle o in suite e le spese di sistemazione di un eventuale accompagnatore.

Qualora l'assicurato sia stato trasferito al centro adeguato più vicino **per cure prolungate**, verranno coperti anche costi ragionevoli di sistemazione in una camera di albergo con bagno privato, purché tale soluzione sia più economica dei successivi costi di trasporto da e verso il centro adeguato più vicino e da e verso il paese di residenza. Le spese di sistemazione di un eventuale accompagnatore non sono incluse nella copertura.

30. **Farmaci e medicinali:** prodotti, incluso insulina, aghi ipodermici e siringhe, prescritti da un medico per la cura di una patologia diagnosticata o per l'integrazione di sostanze basilari nel corpo. I medicinali devono essere ufficialmente approvati dai regolamenti farmaceutici del paese in cui vengono prescritti.
31. **Fisioterapia prescritta:** trattamento prescritto da un medico ed eseguito da fisiatra abilitato. La fisioterapia è inizialmente limitata a 12 sedute per evento, dopo le quali viene richiesta ulteriore prescrizione medica. Per le sessioni successive, il medico dovrà fornire ad Allianz Worldwide Care una relazione attestante la necessità medica di ulteriori trattamenti. Il termine fisioterapia non include Rolfing, massaggi, Pilates, Milta e fangoterapia.
32. **Franchigia:** importo fisso che rimane a carico dell'assicurato e che viene dedotto dalla cifra rimborsabile.
33. **Gravidanza:** periodo compreso tra la data di diagnosi biologica dello stato di gravidanza e il parto.
34. **Indennità di ricovero:** importo pagato all'assicurato quando un ricovero ospedaliero e le relative prestazioni sono totalmente gratuiti. L'importo rientra nei limiti del massimale specificato nell'Elenco delle prestazioni e viene erogato dopo la dimissione dall'ospedale.
35. **Infortunio:** evento imprevisto e fortuito, la cui causa è esterna al controllo dell'assicurato e indipendente dalla sua volontà. La causa e i sintomi devono essere obiettivamente constatabili da un medico per consentire una diagnosi e stabilire la relativa terapia.
36. **Intervento chirurgico orale/maxillofaciale:** intervento effettuato da un chirurgo orale o maxillofaciale in regime di ricovero ospedaliero, tipo, ma non solo, estrazione di un dente del giudizio incapsulato.
37. **Maternità:** costi resisi necessari durante il periodo di gravidanza e parto, tra cui i costi di ricovero, gli onorari degli specialisti, le cure pre e postnatali, le spese per l'ostetrica e le cure per il neonato. Le complicanze della gravidanza o del parto sono escluse.
38. **Medicina alternativa:** terapie e trattamenti che esulano dalla medicina convenzionale. Include: trattamenti chiropratici, osteopatici ed omeopatici, la medicina naturale (erbe) cinese e l'agopuntura, comunque praticati da terapeuti specializzati e riconosciuti.

39. **Medico generico:** dottore in medicina e chirurgia in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della medicina nel paese in cui opera e nei limiti previsti dalla stessa abilitazione.

40. **Medico specialista:** dottore in medicina e chirurgia 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. Le prestazioni a carattere psichiatrico o psicologico sono escluse: se disponibili, tali servizi vengono indicati nell'Elenco delle prestazioni.

41. **Necessità medico/sanitaria:** Situazione per la quale all'assicurato necessita il ricorso a prestazioni medico/sanitarie appropriate e che rispondano alle seguenti caratteristiche:

- essenziali per identificare e/o curare la patologia, malattia o lesione
- compatibili con la sintomatologia, la diagnosi e la terapia adottata per le condizioni di base
- in linea con la pratica medica generalmente adottata e con gli standard della professione medica comunemente accettati
- necessarie per motivi che esulano dal semplice conforto e piacere del paziente e/o del suo medico

- di indubbio e dimostrato valore medico
- riconosciute come le più appropriate in quanto a tipologia, livello e qualità
- fornite in modo consono alle esigenze del paziente in termini di attrezzature e ambiente e di livello adeguato alle condizioni di salute dell'assicurato
- fornite solo per un tempo adeguato

NB: si definisce "appropriata" quella prestazione che tiene in considerazione la salute del paziente nonché l'efficacia della stessa in relazione al costo. Se si applica specificatamente a un trattamento in regime di ricovero, con "necessità medica", si indica l'impossibilità di effettuare il trattamento o di garantire che venga eseguito in modo sicuro ed efficace fuori ricovero.

42. **Occhiali e lenti a contatto prescritti:** lenti a contatto o occhiali necessari alla correzione del disturbo visivo e prescritti dal medico. La prestazione include anche il rimborso di una visita oculistica all'anno presso oculista, optometrista o oftalmologo.

43. **Oncologia:** test diagnostici, radioterapia, chemioterapia, onorari dei medici specialisti nonché spese ospedaliere per patologie oncologiche dal momento della loro diagnosi.

44. **Onorario medico generico:** costo di una prestazione non chirurgica fornita o gestita da un medico generico.
45. **Ortodonzia:** correzione delle deformità congenite o acquisite dei denti (mala-occlusione e relative conseguenze) per mezzo di apparecchi correttivi.
46. **Ospedale:** struttura sanitaria ospedaliera autorizzata, in cui l'assicurato viene costantemente seguito da un medico professionista. Non sono considerate ospedali le seguenti strutture: case di cura e/o di riposo, stazioni termali, centri di cura, benessere e salute e beauty farm in genere.
47. **Paese di origine:** paese da cui l'assicurato e i suoi familiari dichiarano di espatriare o dove vogliono essere rimpatriati.
48. **Paese di residenza principale:** paese in cui l'assicurato e i suoi familiari vivono per più di sei mesi all'anno.
49. **Patologie croniche:** disturbi, le malattie, le lesioni, le ferite o, comunque, qualsiasi situazione patologica avente una o più delle seguenti caratteristiche:
- sia ricorrente
  - sia incurabile
  - presenti scarsa reazione alle cure
50. **Periodo di carenza:** periodo successivo alla data di inizio della copertura durante il quale l'assicurato e i suoi familiari non hanno diritto a determinate prestazioni incluse nella polizza. Verificate nel vostro Certificato assicurativo se la vostra copertura è soggetta a periodi di carenza. Le prestazioni soggette a periodi di carenza sono indicate nell'Elenco delle prestazioni.
51. **Persona a carico/familiare:** coniuge o partner (inclusi i partner dello stesso sesso) e/o figli non sposati (inclusi figliastri, figli adottivi o affidati), di età inferiore ai 18 anni o ai 24 anni se studenti a tempo pieno, finanziariamente dipendenti dall'assicurato e indicati come tali sul Certificato assicurativo.
52. **Protesi chirurgiche:** organi o apparati artificiali che costituiscono parte integrale di un intervento chirurgico o di un trattamento medico post-operatorio.
53. **Protesi dentale:** corone, capsule, otturazioni, ricostruzioni adesive, restauri, ponti, dentiere ed impianti nonché tutti i trattamenti supplementari necessari.

54. **Psicoterapia e trattamento psichiatrico:** trattamenti inerenti disturbi mentali, nervosi e dell'alimentazione, effettuati da uno psichiatra o da uno psicologo clinico. Tali disturbi sono associati a sensazioni di dolore/angoscia e limitano sostanzialmente lo svolgimento delle normali attività di vita quotidiana (ad esempio, il lavoro). La suddetta condizione deve essere clinicamente rilevante e non semplicemente derivante da reazioni motivate da eventi particolari, quali un lutto, problemi di coppia, problemi di lavoro o di studio. Il disturbo deve rientrare nei criteri del sistema di classificazione internazionale, quali il Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) o l'International Classification of Diseases (ICD-10).
55. **Riabilitazione:** Trattamento mirante a riportare un arto al normale aspetto e/o funzionamento dopo una malattia acuta o una lesione. La prestazione viene garantita solo quando la terapia ha inizio subito dopo la cessazione delle cure mediche urgenti.
56. **Rimpatrio della salma:** Trasporto della salma nel paese previsto per l'inumazione. Fra le spese coperte si annoverano, a titolo esplicativo e non esaustivo, quelle connesse all'imbalsamazione e all'acquisto di una cassa per il trasporto nel rispetto dei vincoli di legge, i costi di spedizione e le necessarie autorizzazioni governative. Eventuali costi di cremazione sono coperti solo se necessari per motivi legali. Dalla copertura sono esclusi i costi di eventuale accompagnatore. Tutte le spese relative al Rimpatrio della salma richiedono la Garanzia di pagamento.
57. **Rimpatrio sanitario:** prestazione opzionale che, ove prevista, viene indicata sul Certificato assicurativo e nell'Elenco delle prestazioni. In caso di evacuazione sanitaria (vedi definizione al par. 29), l'assicurato che gode anche della copertura di rimpatrio sanitario può scegliere se tornare al proprio paese di origine per le cure cui ha diritto, purché detto paese rientri nell'area geografica di copertura.
58. **Scoperto:** percentuale sui costi a carico dell'assicurato.
59. **Spese di ostetricia:** costi da sostenere per il pagamento di un'ostetrica o di un'assistente al parto che, in conformità alla legislazione locale, abbia ricevuto adeguata preparazione e possiede regolare abilitazione all'assistenza alla puerpera.
60. **Supporti sanitari prescritti:** qualsiasi strumento, apparecchio e supporto prescritto da un medico e funzionale alle specifiche esigenze sanitarie dell'assicurato. Sono inclusi nei supporti sanitari: apparecchi acustici, apparecchi fonici (per laringectomizzati), apparecchi e supporti per la

- deambulazione, arti artificiali, protesi per stomi (ad esempio, cannula tracheotomica), contenitivi per ernia, bendaggi addominali, calze contenitive e supporti ortopedici.
61. **Terapia occupazionale:** terapia finalizzata ad aiutare un paziente nello svolgimento delle attività quotidiane (vestirsi, mangiare, lavarsi, pettinarsi e così via) e a migliorarne l'interazione con il mondo fisico e sociale, attraverso lo sviluppo delle attività motorie, sensoriali, di coordinamento ed equilibrio.
62. **Terapeuta:** chiropratico, osteopata, erborista cinese, omeopata, agopunturista, fisioterapista, logopedista, terapeuta oculomotore, qualificato e riconosciuto legalmente nel paese in cui viene prestato il trattamento.
63. **Tipologia di camera:** camera privata o semiprivata come previsto dall'Elenco delle prestazioni. Non è coperta la sistemazione in camere di lusso o suite.
64. **Trapianto di organi:** procedura chirurgica relativa all'organo e/o al tessuto da trapiantare: cuore, valvola cardiaca, cuore/polmoni, fegato, pancreas/rene, rene, midollo osseo, paratiroide, trapianto scheletro/muscolare e trapianto di cornea. Le spese sostenute per l'acquisto dell'organo non sono coperte.
65. **Trattamento:** intervento medico/sanitario necessario alla guarigione da malattia o infortunio o al miglioramento delle condizioni di salute.
66. **Trattamento della sterilità:** Cure prestate a persone di entrambi i sessi. Sono incluse nella garanzia anche le spese diagnostiche a carattere non invasivo necessarie alla determinazione della causa della sterilità, quali l'isterosalpingogramma, la laparoscopia o l'isteroscopia. In caso di Fecondazione in vitro (FIV) la copertura prevede un massimo di 4 trattamenti durante l'arco di vita dell'assicurato, entro il massimale previsto nell'Elenco delle prestazioni.
67. **Trattamento in day hospital:** trattamento programmato e ricevuto in ambulatorio o ospedale, senza che vi venga trascorsa la notte, e per il quale viene emesso un certificato di dimissione.
68. **Trattamento ortomolecolare:** trattamento mirato al ristabilimento dell'ambiente ecologico ottimale per le cellule tramite la correzione delle insufficienze a livello molecolare in base alla biochimica individuale. Richiede l'utilizzo di sostanze naturali, quali ad esempio: vitamine, minerali, enzimi, ormoni.
69. **Trattamento preventivo:** trattamento prestato in assenza di sintomatologia clinica al momento

dell'esecuzione. Esempio: asportazione di una escrescenza pre-cancerogena, tipo un neo della pelle.

70. **Vaccinazioni:** immunizzazioni di base e relativi richiami richiesti per legge dal paese in cui viene effettuato il trattamento, nonché vaccinazioni di viaggio necessarie e profilassi antimalarica. Sono coperti sia il costo di chi effettua la vaccinazione che il costo del vaccino.
71. **Voi:** la/le persone assicurate il cui nome è riportato nel Certificato assicurativo.

# Ulteriori termini e condizioni di polizza.

Di seguito sono riportate ulteriori importanti condizioni applicate alla polizza.

1. **Diritto alla copertura:** hanno diritto alla copertura solo i dipendenti e i familiari a carico come stabilito nel Contratto aziendale.
2. **Responsabilità:** la responsabilità di Allianz Worldwide Care è limitata al rimborso delle prestazioni e nei relativi limiti come riportati nell'Elenco delle prestazioni e in eventuali Note o appendici di polizza. In nessun caso l'importo rimborsato complessivamente da Allianz Worldwide Care, dal servizio sanitario pubblico e/o da altre assicurazioni, potrà superare il costo totale della prestazione (riportato in fatture/parcelle/ricevute).
3. **Responsabilità di terzi:** se l'assicurato o uno dei familiari a carico ha diritto a ricevere, dal servizio sanitario pubblico o in virtù di altre coperture assicurative, il rimborso delle spese per le quali è stata inoltrata domanda anche ad Allianz Worldwide Care, questa si riserva il diritto di rifiutare il pagamento/rimborso.

Qualora abbia diritto a ricevere rimborsi da terzi, l'assicurato è tenuto a informarne la Compagnia, fornendo tutti i dettagli necessari. L'assicurato e la terza parte potrebbero non addvenire a un accordo definitivo o impedire che la Compagnia eserciti il diritto al recupero delle spese senza previa autorizzazione scritta da parte di quest'ultima. In caso contrario, la

Compagnia avrà comunque il diritto di esigere dall'assicurato il risarcimento delle somme pagate e di annullare la polizza.

La Compagnia ha pieni diritti di surrogazione e può intentare azioni legali a nome dell'assicurato, ma a proprie spese, per recuperare, a proprio vantaggio, l'equivalente delle somme percepite da questi in virtù di altre assicurazioni.

4. **Protezione dei dati:** la riservatezza dei dati degli assicurati è di estrema importanza per Allianz Worldwide Care, che agisce nel pieno rispetto delle leggi europee sulla tutela della privacy e delle norme internazionali sulla riservatezza dei dati sensibili. Gli assicurati hanno diritto ad accedere ai propri dati detenuti dalla Compagnia. Essi hanno altresì diritto di modificare o eliminare qualsiasi informazione che li riguarda ove questa fosse imprecisa o obsoleta

Note.

Per qualsiasi chiarimento, rivolgersi all'Helpline:

Allianz Worldwide Care  
18B Beckett Way  
Park West Business Campus  
Nangor Road  
Dublin 12  
Irlanda

[client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)  
[www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com)

#### Helpline

Inglese: +353 1 630 1301  
Tedesco: +353 1 630 1302  
Francese: +353 1 630 1303  
Spagnolo: +353 1 630 1304  
Italiano: +353 1 630 1305  
Fax: +353 1 630 1306

Numero verde da Singapore:  
800 353 1018

Numero verde da Hong Kong:  
800 901 705

Numero verde dalla Cina del Nord  
10 800 744 1259

Numero verde dalla Cina del Sud  
10 800 441 0115

Numero verde negli Stati Uniti:  
1 866 266 2182

Numero verde dalla Francia, Belgio  
e Svizzera:  
00 800 66 302 302

Allianz Worldwide Care Limited, parte dell'Allianz Group, è una società registrata in Irlanda e soggetta all'Irish Financial Services Regulatory Authority.  
Sede: 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland. N. registrazione: 310852