



Piani sanitari

# Guida alle prestazioni - Polizza individuale

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: la esortiamo a leggerla, unitamente all'Elenco delle prestazioni, al fine di assicurarvi di aver ben compreso il tipo di copertura offerto.

Grazie per aver scelto Allianz Worldwide Care per le sue necessità assicurative. La esortiamo a leggere tutta la documentazione relativa al suo piano, per accertarsi di essere pienamente soddisfatto della copertura scelta. I termini della polizza le offrono 30 giorni di tempo dalla ricezione dei documenti per cambiare idea e recedere dal contratto.

Lei e la sua famiglia potete ora fare affidamento su Allianz Worldwide Care per accedere alle migliori prestazioni sanitarie. Specializzata nel settore delle assicurazioni sanitarie, Allianz Worldwide Care è in grado di offrirvi 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 "Individual 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, Dublino 12, Irlanda. N. registrazione: 310852

# Indice.

<b>Introduzione.</b>	<b>5-6</b>	<b>Esclusioni e limitazioni.</b>	<b>33-41</b>
<b>Servizi per gli assicurati.</b>	<b>7-13</b>	<b>Premio e informazioni generali.</b>	<b>42-54</b>
Helpline 24 ore su 24, 5 giorni su 7.	7	Pagamento del premio.	42
Servizio di assistenza per emergenze 24 ore su 24, 7 giorni su 7.	8	Eventi importanti.	44
MediLine 24 ore su 24, 7 giorni su 7.	8	Informazioni generali.	48
Kit di benvenuto.	9	<b>Come denunciare un sinistro e richiedere un rimborso.</b>	<b>55-62</b>
Servizi online.	12	Elaborazione delle richieste di rimborso.	55
Strutture sanitarie.	13	In caso di ricovero ospedaliero.	56
<b>Copertura assicurativa.</b>	<b>14-32</b>	In caso di cure fuori ricovero e cure dentali.	56
Necessità medico/sanitarie.	14	Garanzia di pagamento.	59
Patologie croniche.	15	Prestazioni negli Stati Uniti.	62
Patologie preesistenti.	15	<b>Domande frequenti.</b>	<b>63-64</b>
Periodo di carenza.	16	<b>Reclami.</b>	<b>65</b>
Franchigia o scoperto.	16	<b>Definizioni.</b>	<b>66-75</b>
Area geografica di copertura.	17	<b>Ulteriori termini e condizioni di polizza.</b>	<b>76-77</b>
Programma base.	17		
Altre prestazioni incluse nei programmi base.	19		
Programma di copertura delle spese fuori ricovero.	29		
Programma di copertura delle cure dentali.	31		
Rimpatrio sanitario.	32		

# Introduzione.

## La vostra copertura in dettaglio.

Per ulteriori chiarimenti o domande in merito alla copertura, non esiti a contattarci: tutti i recapiti sono riportati a pagina 7.

La polizza costituisce un contratto annuale tra Allianz Worldwide Care e l'assicurato il cui nome è indicato nel Certificato assicurativo. Il contratto è costituito dall'insieme dei seguenti documenti:

- la Guida alle prestazioni, il Certificato assicurativo, l'Elenco delle prestazioni ed eventuali appendici di polizza
- le informazioni fornite ad Allianz Worldwide Care nel modulo di sottoscrizione da voi firmato o nel modulo di sottoscrizione online, inclusa la sezione sullo stato di salute e altre informazioni mediche, sottoscritte dalle persone assicurate o a nome delle stesse

Al fine di comprendere pienamente i termini della polizza, la invitiamo a leggere attentamente questo documento unitamente all'Elenco delle prestazioni ed al Certificato assicurativo in suo possesso. La documentazione di polizza descrive in dettaglio le prestazioni, le esclusioni ed i limiti della copertura, come effettuare una richiesta di rimborso nonché i termini e le condizioni del contratto assicurativo.

Il piano assicurativo da lei sottoscritto è indicato nel Certificato assicurativo e nell'Elenco delle prestazioni che trova acclusi al Kit di benvenuto. Eventuali appendici o coperture speciali sono specificate nelle Note nell'ultima pagina dell'Elenco delle prestazioni.

Si noti che **tutte le prestazioni in regime di ricovero e alcune fuori ricovero sono soggette ad approvazione preventiva tramite presentazione di un modulo di Garanzia di pagamento.** La mancanza della Garanzia di pagamento, ove richiesta, può causare il rifiuto del rimborso della prestazione da parte di Allianz Worldwide Care. Per ulteriori informazioni sulla Garanzia di pagamento, vedere da pagina 59 a pagina 62.

# 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 necessiti di cure di emergenza presso un ospedale o una clinica, la esortiamo a contattare la nostra Helpline il prima possibile ai recapiti indicati a pagina 7). 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 di un'evacuazione per motivi di emergenza sanitaria.

In caso di ricovero d'emergenza la Garanzia di pagamento non è richiesta (vedere le condizioni da pagina 59 a pagina 62), 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 (ad esempio, le vaccinazioni necessarie)
- 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 direttamente la Helpline di Allianz Worldwide Care (vedi pagina 7).**

*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 ai fini di training e controllo qualità.*

## Kit di benvenuto.

Una volta sottoscritto un contratto assicurativo per lei ed eventualmente per i suoi familiari, riceverà un Kit di benvenuto contenente i seguenti documenti:

- **La tessera personale**

Per ogni persona assicurata, Allianz Worldwide Care emette una tessera personalizzata 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, di richiederne immediatamente un duplicato alla Helpline.

- **Il Certificato assicurativo**

Nel Certificato assicurativo sono riportate le informazioni basilari della copertura da voi scelta per voi e per i vostri familiari: il piano di copertura, 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.

- **L'Elenco delle prestazioni**

L'Elenco delle prestazioni illustra il livello di copertura previsto dal programma scelto. Si noti che eventuali specifiche prestazioni, definizioni o esclusioni applicabili alla sua polizza sono indicate nelle Note all'Elenco delle prestazioni. Tale elenco indica inoltre le prestazioni soggette ad approvazione

preventiva tramite presentazione di un modulo di Garanzia di pagamento. Al fine di comprendere adeguatamente la copertura offerta, è importante fare riferimento all'Elenco delle prestazioni, unitamente a questa guida e al Certificato assicurativo.

- **La Guida alle prestazioni - Polizza individuale**

Questa guida descrive le prestazioni, i termini e le condizioni della polizza ed è applicabile a tutte le polizze individuali Allianz Worldwide Care. La Guida alle prestazioni deve essere letta unitamente al Certificato assicurativo e all'Elenco delle prestazioni.

Password e nome utente sono univoci e sono acclusi al vostro Kit di benvenuto. Per ricevere assistenza relativamente ai Servizi online contattare la Helpline.

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

La preghiamo di compilare assieme al suo medico il modulo di richiesta della Garanzia di pagamento, per richiedere la conferma del pagamento della prestazione per cui è obbligatoria la Garanzia di pagamento. Le prestazioni che richiedono la Garanzia di pagamento sono elencate a pag. 59 e riportano la nota 1 o 2 nell'Elenco delle prestazioni. Seguendo, quindi, la procedura della Garanzia di pagamento, Allianz Worldwide Care evita all'assicurato ogni preoccupazione di carattere finanziario, consentendogli di concentrarsi esclusivamente sulla propria salute.

- **Un modulo Richiesta rimborso**

Per essere sicuri di godere di un'efficiente e veloce gestione dei rimborsi, è importante seguire la procedura descritta a pagina 55. Tutti i moduli di richiesta di rimborso, integralmente compilati, vengono elaborati (con debita notifica all'assicurato) e le istruzioni di pagamento inoltrate alla banca del cliente entro 48 ore. Qualora fossero necessarie ulteriori informazioni per completare la procedura di rimborso, viene inviata 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 di 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).

- **Nome utente e password per i Servizi online**

Per accedere al sito Web dei Servizi online, è necessario utilizzare il nome utente e la password forniti con il Kit di benvenuto.

## Servizi online.

I servizi sicuri online Allianz Worldwide Care sono accessibili visitando il sito Web Allianz Worldwide Care all'indirizzo [www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com)

Se alla compagnia è stato fornito l'indirizzo e-mail dell'assicurato, questi può accedere al proprio account online facendo clic sul

pulsante 'register' (registrazione) sulla schermata di login. Si prega di inserire numero di polizza, cognome e data di nascita, esattamente come appaiono nella documentazione compresa nel kit di benvenuto: all'indirizzo e-mail registrato dalla compagnia verrà quindi inviata un'e-mail automatica.

Nel caso Allianz Worldwide Care non disponga dell'indirizzo e-mail dell'assicurato, i dettagli di login gli verranno inviati mediante una lettera compresa nel 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 ogni 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
- Pagare il vostro premio di polizza online (con carta di credito)
- Vedere la vostra situazione pagamenti e relativi dettagli
- Aggiornare i dettagli dei vostri pagamenti se effettuati online con carta di credito
- Contattare il servizio clienti attraverso il modulo predisposto

Per ricevere assistenza relativamente ai Servizi online, contattare la Helpline.

## Strutture sanitarie.

Sul sito Web di Allianz Worldwide Care è disponibile, all'indirizzo [www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com), un elenco delle strutture sanitarie operanti nei vari paesi: la ricerca può essere impostata per continente e paese. L'assicurato non è tuttavia obbligato a scegliere uno delle strutture comprese nell'elenco. Per qualsiasi prestazione per cui si renda necessaria una Garanzia di pagamento, si prega di contattare l'Helpline prima di sottoporsi alle cure del caso: Allianz Worldwide Care provvederà, dove possibile, al pagamento diretto delle vostre spese mediche presso la struttura prescelta.

# Copertura assicurativa.

## Panoramica sulla copertura sanitaria.

In questa sezione trovate una descrizione delle garanzie offerte da Allianz Worldwide Care con i propri programmi standard. Si tenga presente che i termini utilizzati sono intesi nel significato specificato nella sezione Definizioni (da pagina 66 a pagina 75) e che la copertura è soggetta alle esclusioni e limitazioni elencate da pagina 33 a pagina 41 nonché alle specifiche condizioni eventualmente illustrate nelle Note 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 a quesiti sulla polizza.

Per garantire all'assicurato tutte le informazioni e la documentazione necessarie, il Kit di benvenuto comprende anche il Certificato assicurativo e l'Elenco delle prestazioni. Entrambi i documenti illustrano la copertura

prescelta dall'assicurato: per sapere esattamente a quali prestazioni ha diritto, controlli il suo Certificato assicurativo (in cui sono riportati i programmi sottoscritti) e legga attentamente i capitoli successivi.

## Necessità medico/sanitaria.

Come ogni società assicurativa e in conformità alle aspettative della clientela, anche Allianz Worldwide Care effettua un rigoroso controllo dei costi al fine di garantire premi ragionevoli e adeguati.

A tal fine, il nostro team di medici professionisti altamente specializzati vigila affinché i servizi, le cure ed i trattamenti pianificati siano appropriati alle necessità dell'assicurato ed effettivamente necessari. Definiamo necessario ed appropriato quell'intervento (cura, terapia, 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 le procedure mediche standard generalmente riconosciute. Allianz Worldwide Care 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 (comprese eventuali patologie preesistenti) non sono necessariamente coperte dalla polizza: al fine di verificare i limiti della copertura, si prega di fare riferimento al Certificato assicurativo e alle Note all'Elenco delle prestazioni.

## 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, indipendentemente dal fatto 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.

Tali patologie non sono necessariamente coperte dalla polizza: al fine di verificare i limiti della copertura, si prega di fare riferimento al Certificato assicurativo e alle Note all'Elenco delle prestazioni. Si noti che eventuali patologie preesistenti non dichiarate sul modulo di sottoscrizione non risulteranno coperte ai sensi della polizza.

## Periodo di carenza.

Periodo decorrente dalla data di inizio della copertura, durante il quale l'assicurato e/o suoi familiari a carico non hanno diritto alla copertura di

una determinata prestazione: per verificare se la copertura sia soggetta a periodi di carenza, è sufficiente controllare il Certificato assicurativo. Le prestazioni soggette a periodi di carenza sono indicate nell'Elenco delle prestazioni.

## Franchigia o scoperto.

La franchigia è un importo fisso che resta a carico dell'assicurato e 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.

Consulti l'Elenco delle prestazioni e il

Certificato assicurativo per stabilire quali franchigie e scoperti sono previsti dal programma prescelto. Queste condizioni sono eventualmente applicabili ai programmi base, fuori ricovero o di cure dentali.

## Area geografica di copertura.

L'area geografica entro la quale l'assicurato è coperto per le prestazioni elencate nel piano assicurativo è definita nel Certificato assicurativo.

La preghiamo di notare che la polizza continua ad essere attiva anche nel paese di origine dell'assicurato, purché rientrante nell'area di copertura. In alcuni paesi la copertura è soggetta a vincoli legali, in particolare per i cittadini della nazione in questione. È compito dell'assicurato verificare la legalità della copertura, con la raccomandazione di rivolgersi ad un professionista per una consulenza legale in merito.

## 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 comprende solitamente: spese di soggiorno e degenza nonché prescrizione di medicinali e materiali, onorari di chirurghi, anestesisti e spese di sala operatoria, apparecchi ortopedici e protesi, esami diagnostici e fisioterapia.

La Garanzia di pagamento è richiesta per tutte le prestazioni in ricovero ospedaliero presenti nel relativo elenco (per ulteriori dettagli su tale Garanzia, fare riferimento da pagina 59 a pagina 62).

*Le seguenti prestazioni non sono necessariamente comprese nella copertura: al fine di verificare il grado di copertura offerto, la esortiamo a leggere attentamente questa sezione unitamente all'Elenco delle prestazioni.*

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

Purché 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. Questa copertura potrebbe essere soggetta a un periodo di carenza.

Si prega di verificare l'Elenco delle prestazioni al fine di verificare se ciò vale per la polizza o polizze stipulata/e.

### **Costi di sistemazione per un genitore che accompagna un figlio assicurato durante il ricovero.**

Se questa prestazione è compresa nel programma base, Allianz Worldwide Care provvederà, in caso di ricovero ospedaliero di un figlio minorenni assicurato, a coprire, nei limiti del massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni, i costi di sistemazione per un genitore che lo accompagni per la durata del ricovero. Laddove non sia possibile il pernottamento in ospedale, la Compagnia contribuisce per la spesa equivalente al costo per notte di un hotel a 3 stelle. Si prega di consultare l'Elenco delle prestazioni al fine di verificare se il figlio è soggetto a limiti di età.

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

Laddove previsto dal programma base, questa prestazione prevede, nei limiti del massimale

indicato nell'Elenco delle prestazioni, la copertura di cure dentali d'emergenza in regime di ricovero a seguito di grave incidente o infortunio.

## Altre prestazioni incluse nei programmi base.

Il programma assicurativo scelto comprenderà la totalità o parte delle prestazioni descritte di seguito. Consulti l'Elenco delle prestazioni per stabilire il livello preciso di copertura previsto e individuare le prestazioni soggette ad approvazione preventiva tramite presentazione di un modulo di Garanzia di pagamento. Se desidera ulteriori chiarimenti, il personale della Helpline sarà lieto di assisterla.

### Trattamento in day hospital.

Se prevista dal programma base, l'opzione

copre, nei limiti del massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni, le cure prestate presso un ospedale o day hospital, senza che si renda necessario il pernottamento del paziente.

### Chirurgia ambulatoriale.

Se prevista dal programma base, l'opzione copre, nei limiti del massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni, gli interventi chirurgici effettuati presso uno studio medico, ospedale, day hospital o ambulatorio.

### Assistenza sanitaria domiciliare o in convalescenziario.

Se prevista dal programma base, l'opzione copre, nei limiti del massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni, l'assistenza sanitaria a domicilio o in un convalescenziario se fornita immediatamente dopo il ricovero o in sostituzione dello stesso: è comunque richiesta la Garanzia di pagamento.

### Trattamenti riabilitativi.

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

### Ambulanza locale.

Se inclusa nel programma, l'opzione copre il trasporto in autoambulanza, necessario nei casi di emergenza o esigenza medica, presso l'ospedale o struttura sanitaria più idonea e vicina, il tutto nei limiti del massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni.

### Indennità di maternità / paternità (limitata al programma per i residenti delle Channel Islands).

Se inclusa nel programma, l'opzione prevede il versamento, per ciascuna nascita, di un importo in denaro a ciascun genitore avente sottoscritto una polizza con Allianz Worldwide Care. La prestazione viene garantita solo quando il trattamento viene fornito gratuitamente. L'importo dovuto è indicato nell'Elenco delle prestazioni.

Al fine di richiedere l'importo in questione, l'assicurato dovrà inviare ad Allianz Worldwide Care, entro tre mesi dal parto, una copia del certificato di nascita del bambino.

Per avere diritto a questa prestazione, la madre o il padre devono aver sottoscritto il Programma sanitario aziendale per i residenti delle Channel

Islands almeno 10 mesi prima della nascita del bambino.

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

Laddove applicabile, la compagnia copre le spese mediche che si dovessero rendere necessarie per una situazione di emergenza, in occasioni di viaggi di lavoro o eventualmente vacanza, in paesi al di fuori dell'area geografica di copertura. La copertura è prevista per un periodo massimo di 6 settimane per viaggio, nei limiti del massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni. La copertura riguarda esclusivamente le spese di emergenza non includendo, quindi, le terapie e i trattamenti successivi, non di emergenza, anche se il paziente non è in condizioni di trasferirsi in uno dei paesi della sua area di copertura. Pertanto, se si prevede una permanenza di oltre 6 settimane al di fuori dall'area di copertura, si prega di informarne Allianz Worldwide Care.

La garanzia copre gli infortuni, l'improvvisa insorgenza o il riaccutizzarsi di una patologia grave in seguito ai quali si creano condizioni mediche che rappresentano un pericolo immediato per la salute dell'assicurato. Affinché le cure siano considerate di emergenza e siano quindi coperte, esse devono essere prestate da un medico generico o da uno specialista entro 24 ore dal verificarsi dell'evento.

### **Evacuazione medica.**

Questa opzione copre il trasporto, in autoambulanza, elicottero o aereo, dell'assicurato qualora le cure necessarie e coperte dal piano 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. Se questa opzione è prevista dal programma base, l'assicurato sarà

coperto nei limiti previsti dall'Elenco delle prestazioni.

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. Si prega di notare che è necessario richiedere una Garanzia di pagamento.

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 o le spese di soggiorno sostenute da un eventuale accompagnatore. Qualora l'assicurato sia stato trasferito al centro

adeguato più vicino **per cure prolungate**, la Compagnia copre anche costi ragionevoli di sistemazione in una camera di albergo con bagno privato, purché tale soluzione risulti più economica dei successivi costi di trasporto a e dal centro adeguato più vicino e a e dal paese di residenza. Le spese di sistemazione di un eventuale accompagnatore non sono incluse nella copertura ed è comunque richiesta la Garanzia di pagamento.

Qualora in loco manchino strutture trasfusionali affidabili, la Compagnia, tenterà, 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 prevista dal programma base, l'opzione consente a un accompagnatore di viaggiare insieme a un assicurato rimpatriato o evacuato. Nel caso in cui l'accompagnatore non possa viaggiare sullo stesso veicolo la Compagnia fornisce un biglietto aereo in classe economica. Le spese saranno coperte nei limiti previsti dall'Elenco delle prestazioni. Si prega di notare che non sono compresi le spese di soggiorno e altri costi a esse connessi: è comunque 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 e non esaustivo, quelle connesse all'imbalsamazione e all'acquisto di una cassa per il trasporto rispettante i criteri di idoneità legale, 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 il modulo di Garanzia di pagamento.

### **TAC, risonanza magnetica e PET.**

La TAC (tomografia assiale computerizzata), la risonanza magnetica e la PET (tomografia a emissione di positroni), nonché le scansioni TAC/PET, potrebbero essere coperte dal programma base sia in regime di ricovero che fuori ricovero (si prega di verificare sull'Elenco delle prestazioni). Per gli esami di risonanza magnetica, PET e TAC/PET è necessario presentare un modulo di Garanzia di pagamento.

### **Trattamenti oncologici.**

Se prevista dal programma base, l'opzione copre, nei limiti del massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni, gli onorari dei medici specialisti, gli accertamenti diagnostici,

la radioterapia, la chemioterapia e le spese ospedaliere necessari in caso di patologie oncologiche, a partire dal momento della diagnosi. Per usufruire delle cure oncologiche in ricovero e/o in day hospital è necessario presentare un modulo di Garanzia di pagamento.

### **Maternità.**

Si noti che quest'opzione potrebbe essere inclusa nel Programma base o sottoscritta come Piano maternità a sé stante.

Per costi per maternità si intendono le spese inerenti le cure ed i trattamenti necessari durante la gravidanza ed il parto: ricovero ospedaliero, onorari degli specialisti e dell'ostetrica, cure pre e post-natali per la madre e cura del neonato. Le complicanze della gravidanza e del parto non sono coperte da questa prestazione.

Consulti l'Elenco delle prestazioni per verificare se questa opzione è compresa nella sua copertura e se il programma prescelto prevede limiti o periodi di carenza. Per usufruire delle prestazioni in regime di ricovero è necessario presentare un modulo di Garanzia di pagamento.

### **Complicanza del parto.**

Per complicanza del parto si intendono le condizioni che si presentano durante il parto medesimo e richiedono un intervento ostetrico, ossia: emorragia post-partum e mancata espulsione della membrana placentare. Se prevista dal programma sottoscritto, questa opzione viene indicata nell'Elenco delle prestazioni.

Le complicanze del parto sono coperte solo se il piano assicurativo include anche la prestazione

Maternità. Il parto cesareo, purché necessario da un punto di vista medico, rientra nelle complicanze del parto solo se il piano assicurativo include anche la prestazione Maternità. Consulti l'Elenco delle prestazioni per verificare se questa opzione è compresa nella sua copertura e se prevede limiti o periodi di carenza. Si prega di notare che sarà necessario presentare un modulo di Garanzia di pagamento.

### **Complicanza della gravidanza.**

Se prevista dal programma sottoscritto e relativamente alla salute della madre, questa opzione si riferisce alle patologie che si presentano nel periodo antecedente il parto: gravidanza extrauterina, aborto spontaneo, feto morto e mola idatiforme.

Consulti l'Elenco delle prestazioni per verificare

se questa opzione è compresa nella sua copertura e se prevede limiti o periodi di carenza. Si prega di notare che sarà necessario presentare un modulo di Garanzia di pagamento.

### **Parto domiciliare.**

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

### **Indennità di ricovero.**

Se questa garanzia è inclusa nel programma, l'assicurato avrà diritto a ricevere una somma prestabilita per ciascuna notte trascorsa in ospedale, fino al numero massimo di notti indicato per anno assicurativo (per ulteriori dettagli al riguardo, si prega di consultare l'Elenco delle prestazioni). Questa prestazione

viene garantita solo quando il ricovero avviene fornito in forma totalmente gratuita e nel rispetto delle prestazioni previste dal programma assicurativo.

### **Chirurgia oftalmica laser.**

Se prevista dal programma sottoscritto, questa opzione si riferisce agli interventi chirurgici (nonché alle necessarie indagini pre-operative) volti a incrementare la refrattività della cornea utilizzando la tecnologia laser. Consulti l'Elenco delle prestazioni per verificare se l'opzione è compresa nella sua copertura. Laddove applicabile, la prestazione verrà coperta solo una volta nel corso della vita dell'assicurato e nei limiti indicati nell'Elenco delle prestazioni.

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

La copertura riguarda le cure a seguito di

incidente, infortunio o patologia improvvisa, prestate presso un pronto soccorso o ambulatorio. Per essere considerate di emergenza, le cure devono essere ricevute entro 24 ore dal verificarsi dell'evento. Se questa opzione è compresa nella sua copertura, sarà indicata nell'Elenco delle prestazioni unitamente al massimale previsto.

Si noti che, se l'assicurato ha sottoscritto anche un Programma fuori ricovero, la parte eccedente il massimale previsto per questa garanzia rientrerà nelle cure fuori ricovero.

### **Cure dentali d'emergenza fuori ricovero.**

Se prevista dal programma sottoscritto, 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.

Il rimborso dei costi per ciascun trattamento è soggetto al massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni. L'eventuale eccedenza del costo delle cure dentali d'emergenza potrà essere coperta da un Piano di cure dentali eventualmente sottoscritto dall'assicurato.

### **Copertura per i neonati.**

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 di vita. Le spese fuori ricovero sono coperte nei limiti del programma specifico. I neonati a seguito di parto gemellare sono inoltre soggetti alla dichiarazione di stato di salute.

### Spese di viaggio (opzione limitata al programma per i residenti delle Channel Islands).

Nel caso l'assicurato abbia bisogno di essere ricoverato presso un ospedale o day hospital privato, ricovero a cui ha diritto ai sensi della polizza sottoscritta, e il medico curante ci confermi per iscritto che necessita inoltre, da

un punto di vista medico, di trasferirsi nel Regno Unito per ricevere le cure del caso, provvederemo a rimborsargli, nei limiti del massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni, le spese affrontate per il viaggio di andata e ritorno. Le spese di viaggio coperte ai sensi di questa opzione sono le seguenti:

- Tariffe aeree standard dalle Channel Islands al Regno Unito
- Biglietti standard per ferrovia, metropolitana e pullman
- Viaggi in taxi per un importo massimo di £20

Spese di viaggio affrontate da un solo genitore per accompagnare un figlio minorenni, entro i limiti indicati nell'Elenco delle prestazioni. Se necessario per motivi medici, contributo di £100 per viaggio alle spese affrontate per garantire l'assistenza medica prevista durante il

viaggio. È necessario presentare un modulo di Garanzia di pagamento.

È anche necessario ottenere dal Ministero della Salute la conferma scritta che l'assicurato non ha diritto a un'indennità di viaggio e scorta.

## 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 sottoscritto, il **Programma di copertura delle spese fuori ricovero** comprende la totalità o parte delle prestazioni descritte di seguito:

- 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

**Consulti l'Elenco delle prestazioni per conoscere il livello di copertura previsto dal Piano di copertura delle spese fuori ricovero.**

Si noti che per alcune di queste prestazioni

potrebbe essere necessario presentare un modulo di Garanzia di pagamento (per ulteriori dettagli vedere pagina x) e può essere previsto un periodo di carenza. Per dettagli sulla copertura, consultare l'Elenco delle prestazioni facendo riferimento alla sezione "Definizioni" da pagina 66 a pagina 75 della presente guida.

### Trattamenti della sterilità.

A chi ha sottoscritto un Piano fuori ricovero Allianz Worldwide Care copre sempre, nei limiti del piano stesso, i costi per gli accertamenti iniziali, non invasivi, volti a individuare le cause della sterilità. (Non hanno diritto a questa prestazioni gli assicurati che hanno scelto in **Piani sanitari internazionali per l'Asia** o un **Piano per le Channels Islands**.)

Se però la prestazione "Trattamento della sterilità" è espressamente inclusa 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.

Il rimborso dei costi per ciascun trattamento è soggetto al massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni. Nell'Elenco delle prestazioni è riportato il periodo di carenza eventualmente applicato.

Si noti, comunque, che non sono coperte la riproduzione assistita ed eventuali

conseguenze negative. Sono invece coperte le spese di ricovero in caso di parti gemellari risultanti da terapie per il trattamento della sterilità, con un limite massimo di £20.000/€30.000/\$37.500 per neonato e per i primi tre mesi di vita. I neonati da parto gemellare sono inoltre soggetti alla dichiarazione di stato di salute. Le spese fuori ricovero sono coperte nei limiti del programma specifico.

### **Cure dentali di routine (opzione applicabile unicamente ai Piani sanitari internazionali per l'Asia).**

Se compresa nel Programma fuori ricovero sottoscritto, quest'opzione copre, nei limiti del massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni, un check-up dentistico all'anno, la cura della carie ed il trattamento del canale della radice. La copertura non comprende

interventi di chirurgia dentale, cure periodontiche, trattamenti ortodontici o protesi dentali.

## **Programma di copertura delle cure dentali.**

L'Elenco delle prestazioni riporta il piano di cure dentali (se sottoscritto) o l'eventuale prestazione dentistica specifica. Si noti che il Programma di cure dentali potrebbe essere soggetto a un massimale.

Per confermare i dettagli della copertura, compresi eventuali massimali e periodi di carenza, si prega di fare riferimento all'Elenco delle prestazioni e alla sezione "Definizioni" da pagina 66 a pagina 75 della presente guida.

## 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. Al fine di verificare il dettaglio della sua copertura, la esortiamo a leggere attentamente questa sezione unitamente all'Elenco delle prestazioni.

- a) Le seguenti esclusioni si applicano a [tutti i piani assicurativi di Allianz Worldwide Care](#), ad eccezione di quanto eventualmente comunicato in deroga:
1. Le prestazioni ricevute **fuori dall'area geografica di copertura**, salvo nei casi di emergenza o previa autorizzazione di Allianz Worldwide Care.
  2. I prodotti classificati come **vitamine o minerali** (eccetto 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 (per i Programmi per i residenti delle Channel Islands, questa esclusione vale anche in caso di gravidanza).
  3. Prodotti e medicine acquistabili **senza ricetta medica**.
  4. Gli **interventi di chirurgia plastica o cosmetica** e ogni altro trattamento simile o conseguente, anche se effettuati 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.

5. I soggiorni presso **case di cura, centri balneari, terme, stazioni climatiche e centri di riabilitazione**, anche se prescritti da un medico.
6. Le cure e/o i trattamenti per **patologie causate intenzionalmente o lesioni auto-provocate**, tentativi di suicidio compresi.
7. Le cure e/o i trattamenti contro **alcolismo o tossicodipendenza**.
8. Le malattie, gli infortuni e ogni conseguenza, incluso il decesso, causati da abuso di **alcol o droghe**.
9. Il **ritardo dello sviluppo infantile**, a meno che il bambino non raggiunga 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.
10. 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**.
11. La **psicoterapia** in e fuori ricovero, ad eccezione dei casi diagnosticati da uno psichiatra che indirizza l'assicurato o i suoi familiari a carico a uno psicologo clinico per successive cure.

12. Se prevista nel piano assicurativo, la **psicoterapia fuori ricovero** è inizialmente 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.
13. Le cure e i trattamenti per malattie, lesioni o incidenti derivanti da **partecipazione attiva a guerre, tumulti, insurrezioni civili, atti terroristici o reazioni ad atti ostili da parte di potenze straniere**, sia in situazione di conflitto dichiarato che non.
14. 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.
15. Gli accertamenti diagnostici e le terapie per **i disturbi del sonno**, insonnia compresa.
16. Le spese per l'**acquisto di un organo** comprese, a titolo esplicativo e non esaustivo, ricerca del donatore e tipizzazione, nonché le spese amministrative e di trasporto.
17. I trattamenti o gli accertamenti diagnostici necessari a **seguito di lesioni procurate durante attività sportive a livello professionale**.
18. Qualsiasi forma di **trattamento o terapia farmacologica** avente, a nostra ragionevole opinione, **carattere sperimentale o non dimostrato** in base ai criteri medici ufficialmente riconosciuti.

19. I **trattamenti ortomolecolari** (vedere la definizione 70).
20. I **trattamenti e le cure** derivanti da **diagnosi e prescrizioni** eseguite dallo stesso assicurato, dal coniuge, dai genitori o dai figli.
21. L'**onorario del medico** per la **compilazione del modulo di Richiesta rimborso** o altri costi amministrativi.
22. 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.
23. Le indagini e le cure contro l'**obesità**.
24. Le cure ed i trattamenti per la **caduta di capelli** o eventuali **trapianti tricologici**, ad esclusione dei casi conseguenti a cure per patologie oncologiche.
25. I **trattamenti di medicina alternativa**, se non espressamente indicati nell'Elenco delle prestazioni.
26. Le cure conseguenti al **mancato ricorso a consulenza medica o all'erroneo o incompleto rispetto di una terapia**.
27. Le cure necessarie **a causa di errori medici**.
28. Le **operazioni per cambio di sesso** e relativi trattamenti.
29. I trattamenti e le cure per **complicanze derivanti da malattie, patologie, infortuni e trattamenti completamente o parzialmente non coperti** dal programma della polizza.

**30a.** A meno che i **trattamenti della sterilità** non siano espressamente inclusi nell'Elenco delle prestazioni, la copertura sarà limitata, ai sensi di quanto previsto dal Programma fuori ricovero, a **interventi non invasivi** volti a individuare le cause di detta sterilità (questa opzione è prevista **esclusivamente dai Programmi sanitari internazionali**).

**30b.** Se non diversamente indicato nell'Elenco delle prestazioni, nella copertura non sono compresi indagini, trattamenti e cure per complicanze relative a **sterilizzazione, disfunzioni sessuali e contraccezione**, incluse l'applicazione o la rimozione di dispositivi di contraccezione e/o di qualsiasi tipo di contraccettivo in genere, anche se prescritti da un medico: l'unica eccezione è rappresentata dalle spese per i contraccettivi prescritti per la cura dell'acne da parte di un dermatologo (ai sensi dei

**Programmi sanitari internazionali per l'Asia e dei Piani per i residenti delle Channel Islands** l'esclusione riguarda anche i trattamenti della sterilità).

**31.** L'**interruzione di gravidanza**, ad eccezione dell'interruzione espressamente richiesta da un medico in caso di pericolo di vita della madre.

**32.** I trattamenti in regime di ricovero per **parti gemellari a seguito di riproduzione assistita** non devono superare 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.

**33.** I **test genetici**, ad eccezione del test del DNA quando strettamente correlato all'amniocentesi e coperto dalla polizza,

come nel caso delle donne che hanno compiuto i 35 anni di età.

**34.** I corsi per gestanti e puerpere.

**35.** Test di Bart triplo e quadruplo o per la diagnosi della Spina Bifida, ad eccezione delle donne che hanno compiuto i 35 anni di età.

**36.** Tutti i seguenti trattamenti, condizioni mediche, procedure e relative conseguenze avverse, **non sono coperti**, salvo se diversamente indicato nell'Elenco delle prestazioni:

**36.1** Cure dentali di routine/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

**36.2** Prestazioni fuori ricovero

**36.3** Cure dentali d'emergenza

**36.4** Maternità e complicità del parto

**36.5** Complicità della gravidanza

**36.6** Parto domiciliare

**36.7** Occhiali e lenti a contatto prescritti

**36.8** Supporti sanitari prescritti

**36.9** Vaccinazioni

**36.10** Trattamenti preventivi

**36.11** Check-up di routine

**36.12** Cure psichiatriche e psicoterapia in regime di ricovero

**36.13** Cure psichiatriche e psicoterapia fuori ricovero

**36.14** Trattamenti della sterilità

**36.15** Trattamenti riabilitativi

**36.16** Rimpatrio sanitario

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

**36.18** Chirurgia oftalmica laser

**b1) Le seguenti ulteriori esclusioni valgono per [tutti i programmi ad eccezione di quello riservato ai residenti delle Channel Islands](#) (caratterizzato da specifiche esclusioni ai sensi della successiva clausola b2):**

**37. Le patologie preesistenti** (comprese eventuali patologie croniche) sono coperte dalla polizza, se non diversamente specificato, nei casi rilevanti, in uno specifico modulo abbinato al Certificato assicurativo. Si noti che **eventuali patologie preesistenti non dichiarate sul modulo di sottoscrizione non risulteranno coperte ai sensi della polizza.**

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 preesistenti" e, in caso di mancata dichiarazione, non risulteranno coperte.

**38. La logoterapia** ad eccezione dei casi in cui si renda necessaria per diagnosticati difetti fisici quali, a titolo esplicativo e non esaustivo, ostruzioni nasali, 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.

**39. Le spese di viaggio** (costi di parcheggio compresi) affrontate per raggiungere e lasciare le strutture sanitarie predisposte alle terapie previste dall'assicurazione, eccezion fatta per le spese coperte nell'ambito dei servizi di ambulanza locale, evacuazione medica e rimpatrio sanitario.

b2) Le seguenti ulteriori esclusioni valgono esclusivamente per i [programmi riservati ai residenti delle Channel Islands](#):

37. Patologie preesistenti.

38. Le patologie croniche non sono coperte da questa polizza.

La copertura contempla comunque cure a breve termine in caso di **attacchi acuti di una patologia cronica**, con l'intento di riportare il paziente nello stato di salute in cui si trovava immediatamente prima dell'attacco in questione o tali da garantire il pieno recupero. La esortiamo, prima di sostenere eventuali spese, a contattare la Helpline per verificare il livello di copertura nelle specifiche circostanze del caso.

39. Medicinali e fasciature, se non prescritti durante il ricovero in ospedale o day hospital.

40. Infezioni da virus per immunodeficienza umana, AIDS o patologie psichiatriche associate.

41. Interventi chirurgici odontoiatrici, protesi dentali, cure periodontiche e ortodontiche, con l'eccezione delle cure dentali come definite nella relativa sezione di questa guida.

42. Trapianto di organi.

43. Le spese di viaggio affrontate per raggiungere Regno Unito e Francia per ricoveri ospedalieri o in day hospital non verranno rimborsate nel caso nelle Channel Islands siano disponibili trattamenti alternativi. Si prega comunque

di notare che le spese mediche affrontate verranno rimborsate nei limiti previsti dalla polizza.

**44.** Le **spese di viaggio** affrontate per visite fuori ricovero non rientrano nella copertura, eccezion fatta per eventuali visite post-intervento che non possano essere effettuate da un medico consulente nelle Channel Islands.

**45.** L'**indennità di viaggio** non è disponibile:

- Quando i costi sono coperti dal Ministero della Sanità
- Quando le cure non rientrano nella copertura
- Quando il viaggio non è stato consigliato dal proprio medico
- Nel caso di un genitore che accompagna un ragazzo di età pari o

superiore ai 16 anni

- Per quanto riguarda i costi incidentali di viaggio, ad esempio sistemazione in albergo e vitto
- Qualora Allianz Worldwide Care non abbia acconsentito a coprire tutti i costi di viaggio prima della partenza
- Per qualsiasi spesa di viaggio risultata superiore alle tariffe standard

**46.** Le seguenti **prestazioni non sono disponibili** per i residenti nelle Channel Islands che hanno sottoscritto specifico programma assicurativo:

**46.1** Logopedia

**46.2** Terapia oculomotoria

**46.3** Podiatria

**46.4** Evacuazione medica o rimpatrio sanitario

**46.5** Rimpatrio della salma

**46.6** Riparazione degli occhiali

# Premio e informazioni generali.

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

## Pagamento del premio.

Il premio annuale è calcolato sulla base delle seguenti variabili: età dell'assicurato e di ogni familiare a carico al momento della data di inizio della copertura, tariffario in vigore alla data, stato di salute e conseguenti fattori di rischio che possono incidere significativamente sul rischio assicurativo.

Il premio deve essere pagato anticipatamente alla data di inizio della copertura, in base ai termini definiti in fase assuntiva. L'importo e le modalità di pagamento verranno indicati nella quietanza di pagamento prima dell'emissione del contratto. Il **premio iniziale** o la prima rata, in caso di frazionamento, devono essere versati subito dopo l'accettazione del modulo di sottoscrizione 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, chiami 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.

Se il **premio iniziale** non viene versato entro il termine previsto, la Compagnia si riserva il diritto

di recedere dal contratto finché non viene effettuato il pagamento. Il contratto sarà considerato nullo, a meno che la Compagnia non ricorra a vie legali per il recupero del premio entro tre mesi dalla data di inizio o di fine della polizza o del contratto.

In caso di mancato pagamento di **uno dei premi successivi** entro la scadenza prevista, la Compagnia può, mediante notifica scritta e a spese dell'assicurato, concedere un ulteriore periodo non inferiore a due settimane per il versamento dell'importo dovuto. Al termine di tale periodo, la Compagnia potrà risolvere il contratto mediante notifica scritta con effetto immediato e sarà pertanto esonerata dall'erogazione di qualsiasi rimborso.

Gli effetti della risoluzione del contratto saranno revocati se l'assicurato effettua un pagamento entro un mese dalla cancellazione o, in caso di frazionamento del pagamento, entro un mese dal

termine ultimo della rata, purché nel frattempo non siano intervenute **richieste di rimborso**.

Il **premio** viene rivisto annualmente alla data di rinnovo: in tale occasione, la Compagnia si riserva inoltre il diritto di modificare i termini e le condizioni della polizza.

### **Pagamento di altri costi.**

Oltre al premio, l'assicurato è tenuto a pagare le tasse e/o altri contributi che fossero richiesti per legge in seguito alla sottoscrizione della polizza e che la Compagnia deve incassare e versare alle autorità competenti. L'ammontare di questi costi accessori è riportato nella quietanza di pagamento.

La polizza si perfeziona con il pagamento anticipato del premio finito, ossia del premio inclusivo delle tasse e/o oneri accessori.

## 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. Solitamente ha la durata di 12 mesi ed è strettamente vincolata all'accettazione del rischio da parte della Compagnia in base alla vostra dichiarazione di stato di salute tramite il modulo di sottoscrizione. Nessuna prestazione potrà essere pagata fintanto che l'intero premio annuale o le rate di premio, laddove frazionato, non sono stati versati.

### 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. La copertura durerà finché l'assicurato continuerà a essere titolare della polizza (così come i figli rimangono coperti fintanto che non raggiungono il limite di

età definito). In caso di cessazione della copertura del contraente, i familiari a carico possono chiedere una polizza intestata ad altro contraente.

### Aggiunta di familiari a carico.

L'assicurato ha la facoltà di includere in polizza anche i propri familiari, compilando anche per essi il modulo di sottoscrizione.

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 di vita. Le spese fuori ricovero sono coperte nei limiti del programma specifico. La copertura dei bambini nati da parto gemellare richiede la dichiarazione di stato di salute.

### Rinnovo della copertura.

La polizza è valida per un periodo di 12 mesi e si rinnova automaticamente alla scadenza annuale purché il piano assicurativo scelto sia ancora in vigore. Con un mese di anticipo rispetto alla data di scadenza, la Compagnia emette un nuovo Certificato assicurativo in cui è riportato il premio dovuto per la nuova annualità.

L'assicurato ha facoltà di rescindere dal contratto assicurativo dandone comunicazione scritta, a mezzo raccomandata, entro un mese dalla data di notifica del rinnovo emessa dalla Compagnia, che

da parte sua si riserva il diritto di subordinare il rinnovo medesimo a particolari condizioni. I termini e le condizioni della polizza e l'Elenco delle prestazioni in vigore al momento del rinnovo saranno validi per l'intero anno assicurativo.

### Cancellazione della polizza.

La polizza decade automaticamente nei seguenti casi:

- In caso di mancata corresponsione dei premi entro le scadenze previste. Tuttavia, se il premio dovuto è versato entro 30 giorni, la Compagnia può decidere di riattivare la copertura senza richiedere una nuova domanda di sottoscrizione. Se per qualsiasi motivo si fosse impossibilitati a provvedere al pagamento chiamare il numero **+353 1 630 1305**
- In caso di mancato pagamento delle tasse o di

- altri addebiti dovuti entro la data di scadenza
- In caso di decesso del titolare della polizza. In questa eventualità, uno dei familiari elencati nel Certificato assicurativo può richiedere di diventare il titolare della polizza mantenendo la copertura anche degli altri assicurati. Se la domanda perviene entro 28 giorni dal decesso del titolare della polizza, la Compagnia può decidere a propria discrezione di non applicare eventuali restrizioni o limitazioni

Se 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. In alcuni paesi la copertura è soggetta a vincoli legali, in particolare per i cittadini della nazione in questione. È compito dell'assicurato verificare la legalità della copertura, con la raccomandazione di rivolgersi ad un professionista per una consulenza legale in merito.

Allianz Worldwide Care può cancellare la copertura di un assicurato e quella delle altre persone elencate nel Certificato assicurativo, ove abbia ragionevole motivo che questi abbia tenuto o tentato di tenere un comportamento ingannevole, fornendoci informazioni non veritiere o omettendone di necessarie o, ancora, agevolando altri, sia intenzionalmente che per incuria, nel fornire informazioni false, tali da influenzare la Compagnia nelle decisioni relative:

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

In caso di storno della polizza, per qualsiasi motivo, la Compagnia restituirà la quota parte di premio non goduta, al netto delle tasse eventualmente pagate e di eventuali importi a credito della Compagnia.

## Informazioni generali.

### Cancellazione della polizza e frode.

- a. La polizza viene immediatamente cancellata in caso di mancato pagamento dell'intero premio annuale entro la scadenza dovuta. La Compagnia notificherà l'avvenuta cancellazione che decorrerà dalla data entro la quale il premio avrebbe dovuto essere pagato. Se, comunque, il premio viene pagato entro 30 giorni da detta data, la copertura verrà riattivata e verranno rimborsate le spese mediche eventualmente sostenute nel periodo, nei limiti del programma assicurativo scelto. Scaduti, invece, i sopraccitati 30 giorni per riattivare la polizza, l'assicurato deve compilare una nuova dichiarazione di stato di salute.
- b. A meno che la Compagnia non decida diversamente dandone comunicazione scritta, la polizza viene annullata, a partire dalla data di entrata in vigore, in caso di informazioni non corrette e/o mancata menzione di fatti e/o circostanze riguardanti l'assicurato e i suoi familiari, tali da influire sulla valutazione del rischio e comprendenti, a titolo esplicativo e non esaustivo, quelli relative alle domande riportate nel modulo di sottoscrizione. 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 preesistenti" e, quindi, soggette a dichiarazione da parte dell'assicurato. Nel caso non sia sicuro dell'importanza di determinati dettagli, il richiedente è comunque tenuto a informare la Compagnia. Il premio già pagato non è rimborsabile, né in parte né per intero, ed eventuali sinistri già avvenuti saranno rimborsati a forfait.

- c. La Compagnia rifiuterà il pagamento/rimborso qualora la richiesta risulti sotto qualsiasi profilo falsa, fraudolenta o intenzionalmente esagerata, o nel caso l'assicurato e/o i suoi familiari a carico o terzi agenti a 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.

### Decesso.

Il decesso dell'assicurato o di uno dei familiari a carico deve essere comunicato per iscritto entro 4 settimane. La polizza corrispondente verrà cancellata e verrà restituita la parte di premio non goduto, purché non siano state presentate richieste di rimborso a fronte della polizza del deceduto. La Compagnia si riserva il diritto di

richiedere un certificato di morte prima di effettuare il rimborso del premio. Il decesso del titolare principale di una polizza che include dei familiari a carico determina la necessità di intestare la polizza a un nuovo titolare.

### Diritto di recesso.

Entro 30 giorni dal ricevimento del Kit di benvenuto, inclusivo del Certificato assicurativo e dell'Elenco delle prestazioni, l'assicurato ha facoltà di recedere dal contratto e/o di cancellare dalla copertura uno o più dei familiari inclusi, inviando una comunicazione scritta al servizio assistenza clienti. La cancellazione della copertura per l'assicurato contraente non può essere retrodata.

A condizione che la notifica ci pervenga entro 30 giorni e che nel frattempo non siano state effettuate richieste di rimborso, i premi corrisposti saranno interamente restituiti. Se l'assicurato

decide di non esercitare il proprio diritto di recesso entro il termine previsto, il contratto diventa vincolante per entrambe le parti e l'assicurato è tenuto al pagamento del premio sulla base delle modalità stabilite.

L'assicurato può inoltre, per qualsiasi motivo, richiedere l'esclusione dalla copertura di uno o più familiari a carico semplicemente inviando comunicazione scritta a:

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

entro 30 giorni dal ricevimento del primo Certificato assicurativo nel quale la persona da escludere è menzionata. La Compagnia, in caso di assenza di sinistri, restituirà l'ammontare del premio relativo alla persona da escludere (al netto delle tasse assicurative se dovute e già pagate).

### **Modifiche alla copertura.**

Ogni **variazione alla copertura può essere applicata solo alla data di rinnovo**. Qualora l'assicurato desideri variare il proprio piano assicurativo, può contattare la Compagnia **prima del rinnovo della polizza**. Il passaggio a un piano assicurativo superiore richiederà comunque la compilazione di un questionario medico e l'accettazione da parte dell'assicurato di eventuali restrizioni o limitazioni.

Naturalmente, nel caso l'assicurato nutra dei dubbi in merito ai premi o siano mutate le circostanze dei familiari a carico, potrà contattarci al numero **+ 353 1 630 1305** al fine di discutere le opzioni disponibili.

In caso di trasferimento ad altro paese, sempre compreso nell'area di copertura selezionata, è sufficiente ma necessario comunicare alla

Compagnia, appena possibile, il nuovo indirizzo. Nessun premio aggiuntivo sarà addebitato.

Se, invece, il trasferimento avviene in un paese non compreso nell'area geografica di copertura (es. USA o Canada), l'assicurato deve contattarci al fine di ampliare la suddetta. In questo caso è previsto un adeguamento del premio alla nuova area di copertura.

### **Variazioni introdotte dalla Compagnia.**

Allianz Worldwide Care detiene il diritto, all'atto del rinnovo, di apportare variazioni ai programmi assicurativi ed ai Termini e Condizioni di polizza. Independentemente da quando siano state introdotte, le eventuali variazioni sono applicabili solo a partire dalla data di rinnovo e possono riguardare, ad esempio:

- il valore del premio

- il frazionamento del pagamento
- i programmi assicurativi

La Compagnia non ha il diritto di introdurre limitazioni o esclusioni per patologie insorte successivamente alla data di inizio della polizza, a patto che:

- l'assicurato abbia fornito tutte le informazioni richieste all'atto dell'assunzione del rischio e
- non abbia richiesto variazioni al programma assicurativo

In caso di eventuali modifiche la Compagnia si impegna ad avvisare tempestivamente l'assicurato. L'assicurato che non accetta le modifiche proposte ha la 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

### Modifica del Certificato assicurativo.

Nel corso dell'anno assicurativo, Allianz Worldwide Care emette un nuovo Certificato assicurativo nei casi in cui:

- venga inserito in copertura un nuovo familiare (ad esempio un neonato)
- vengano introdotte altre variazioni da voi richieste (es.: variazione metodo di pagamento) o legalmente applicate dalla compagnia

A partire dalla data riportata su di esso il nuovo Certificato assicurativo sostituirà a tutti gli effetti qualsiasi altro certificato 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 o conferma della medesima può essere valida se non espressamente confermata per iscritto da parte di Allianz Worldwide Care.

### Scadenza della polizza.

Il diritto al rimborso termina alla scadenza della polizza assicurativa. Le spese coperte da detta polizza e sostenute durante il periodo di validità della medesima verranno rimborsate entro i 6 mesi successivi alla scadenza; tuttavia, eventuali ulteriori o prolungate cure che si rendano necessarie successivamente alla scadenza della polizza non saranno più soggette a copertura.

### Prestazioni necessarie per colpa di terzi.

Se le prestazioni medico/sanitarie di cui si necessita avvengono per colpa o dolo altrui, occorre informarne la Compagnia per iscritto quanto prima possibile. (Esempio: in caso di cure 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

L'assicurato è tenuto a 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 ad Allianz Worldwide Care per consentirle 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. 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 consentire ad Allianz Worldwide Care di gestire le richieste di rimborso secondo modalità rapide ed efficienti.

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

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, si accerti, consultando l'Elenco delle prestazioni, che la prestazione di cui chiede il rimborso sia coperta dal programma assicurativo (ad esempio, cure fuori ricovero, costi di maternità, cure dentali e così via). Per ulteriori chiarimenti, la Helpline sarà lieta di fornirle 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 di rimborso. L'assicurato (purché, ovviamente, ne sia stato fornito l'indirizzo) sarà informato di ogni fase del processo di rimborso attraverso comunicazioni automatiche di posta elettronica.

Per essere certo 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 usufruire del trattamento richiesto occorre presentare un modulo di Garanzia di pagamento, il medico e l'assicurato dovranno completare le relative sezioni del medesimo e inviarlo alla Compagnia prima dell'inizio della cura. Detta notifica deve avvenire con almeno 5 giorni di anticipo rispetto alla data del trattamento, affinché non si verifichino ritardi e imprevisti nei tempi di accettazione. Per ulteriori informazioni sulla Garanzia di pagamento, vedere da pagina 59 a pagina 62.

Consultare l'Elenco delle prestazioni per verificare quali fra le prestazioni richieste sono soggette alla Garanzia di pagamento.

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

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

Si noti che per usufruire di alcune prestazioni l'assicurato dovrà compilare, unitamente al proprio medico, le sezioni relative di un modulo di Garanzia di pagamento prima che abbia inizio la prestazione medico/sanitaria richiesta. Al fine di verificare quali fra le prestazioni richieste sono soggette alla Garanzia di pagamento, consultare l'Elenco delle prestazioni.

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.

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 di rimborso per le cure fuori ricovero, sino a che l'importo totale delle richieste di rimborso 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 familiari a carico si impegnano ad assistere la Compagnia nell'ottenere tutte le informazioni necessarie ai fini del disbrigo 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.*

Indirizzo:

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

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

È inoltre possibile controllare lo stato delle richieste di rimborso direttamente on line nella specifica sezione dei "Servizi online". Per ulteriori informazioni su tali servizi, consultare pagina 12.

## 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?

La Garanzia di pagamento è richiesta per tutte le seguenti prestazioni, incluse o meno nel vostro programma assicurativo:

- Tutte le cure in regime di ricovero come previsto dal Programma base<sup>1</sup>
- Scansioni MRF<sup>2</sup> (Risonanza Magnetica), PET<sup>2</sup> (tomografia a emissione di positroni) e TAC/PET<sup>2</sup>
- Assistenza domiciliare o in convalescenziario<sup>2</sup>
- Maternità e complicità di gravidanza e parto<sup>2</sup> (solo in regime di ricovero)

- Trattamenti oncologici<sup>2</sup> (in ricovero e day hospital)
- Terapia occupazionale<sup>2</sup> (solo fuori ricovero)
- Trattamenti riabilitativi<sup>2</sup>
- Evacuazione medica<sup>2</sup> (o rimpatrio sanitario se previsto dalla polizza)
- Spese per un accompagnatore in caso di rimpatrio o evacuazione di un assicurato<sup>2</sup>
- Rimpatrio della salma<sup>2</sup>
- Spese di viaggio per il rientro nel Regno Unito<sup>2</sup>

### 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?

È importante notare che, in caso di mancata approvazione della Garanzia di pagamento, se le cure ricevute dovessero in seguito risultare superflue da un punto di vista medico, **Allianz Worldwide Care si riserva il diritto di respingere la richiesta di rimborso.**

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.

## Le 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. Si se incluso nell'area geografica di copertura. Al ritorno definitivo al proprio paese di origine l'assicurato rimane coperto a patto che il paese rientri nell'area geografica di copertura. Si noti, comunque, che in alcuni paesi vi sono delle restrizioni legali per i propri cittadini. È compito dell'assicurato verificare la legalità della copertura, con la raccomandazione di rivolgersi ad un professionista per una consulenza legale in merito.

## **D. Cosa succede se mi trasferisco in altro paese?**

R. Se il paese in cui ci si trasferisce, pur non essendo quello di origine, è compreso nell'area geografica di copertura sottoscritta, è sufficiente comunicare alla Compagnia, il più

presto possibile, il proprio nuovo recapito. Nessun premio aggiuntivo sarà addebitato. Se, invece, il trasferimento avviene in un paese non compreso nell'area geografica di copertura (es. USA o Canada), l'assicurato dovrà contattarci al fine di ampliare l'area in questione. In questo caso è previsto un adeguamento del premio alla nuova area di copertura.

## **D. Quando posso cambiare i termini di pagamento della mia polizza?**

R. Le modifiche ai termini di pagamento (es. metodo o frequenza) possono essere effettuate solo ed esclusivamente al rinnovo della polizza, previo invio di comunicazione scritta con almeno 30 giorni di anticipo rispetto alla scadenza dell'anno assicurativo.

## **D. Cosa succede se non pago il premio di polizza?**

R. In caso di mancato pagamento dell'intero premio annuale entro la scadenza dovuta, la polizza viene immediatamente cancellata. La Compagnia notificherà l'avvenuta cancellazione, che decorrerà dalla data entro la quale il premio avrebbe dovuto essere pagato. Se, comunque, il premio viene pagato entro 30 giorni da detta data, la copertura verrà riattivata e verranno rimborsate, nei limiti del programma assicurativo prescelto, le spese mediche eventualmente sostenute nel frattempo. Scaduti, invece, i sopracitati 30 giorni, per riattivare la polizza l'assicurato dovrà compilare una nuova dichiarazione di stato di salute.

**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 si renda necessaria una Garanzia di pagamento, si prega di contattare l'Helpline prima di sottoporsi alle cure del caso: Allianz Worldwide Care provvederà, dove possibile, al pagamento diretto delle vostre spese mediche presso la struttura prescelta.

**D. Cosa devo fare nei casi d'emergenza?**

- R. Contattate immediatamente un medico e, se possibile, cercate di informare la Compagnia (tramite la Helpline) entro le prime 24 ore.

# 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. Contatti il numero **+353 1 630 1305** (disponibile 5 giorni a settimana, dalle ore 18 GMT della domenica alle ore 19 GMT del venerdì).

Qualora risulti impossibile risolvere il problema telefonicamente, invii un messaggio di posta elettronica o un fax o, in alternativa, scriva 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**

Se la soluzione fornita non è soddisfacente è possibile rivolgersi all'ufficio reclami dell'**Irish Financial Services Ombudsman**.

L'Irish Financial Services Ombudsman è l'autorità competente (arbitro imparziale) a risolvere le dispute tra clienti e fornitori di servizi finanziari.

Financial Services Ombudsman  
3rd Floor, Lincoln House  
Lincoln Place  
Dublin 2  
Irlanda

**Tel:** + 353 1 662 0899

**Fax:** + 353 1 662 0890

**Posta elettronica:**  
**enquiries@financialombudsman.ie**  
**www.financialombudsman.ie**

# 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 i dettagli del vostro piano assicurativo. Laddove, comunque, tali termini siano presenti, essi avranno sempre il significato qui di seguito enunciato. Si noti che eventuali specifiche prestazioni, definizioni o esclusioni applicate alla vostra polizza sono indicate nelle Note in calce all'Elenco delle prestazioni.

- 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 di 12 mesi decorrente dalla data di inizio della copertura indicata nel Certificato assicurativo.
- 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. 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.

7. **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)
8. **Chirurgia ambulatoriale:** interventi chirurgici eseguiti da personale medico nell'ambulatorio di una struttura sanitaria senza che sia richiesto il ricovero notturno del paziente.
9. **Chirurgia dentale:** include estrazione, apicectomia, trattamenti di altri problemi orali, tipo la deformazione congenita della mascella (es. gnatoschisi), le fratture e i tumori. I trattamenti relativi all'implantologia chirurgica non rientrano nella chirurgia dentale.
10. **Chirurgia oftalmica laser:** se prevista dal programma sottoscritto, questa opzione si riferisce agli interventi chirurgici (nonché alle necessarie indagini pre-operative) volti a incrementare la refrattività della cornea utilizzando la tecnologia laser.
11. **Compagnia/Compagnia assicuratrice/Noi:** Allianz Worldwide Care
12. **Complicanza della gravidanza:** con riferimento allo stato di salute della madre si intendono le seguenti situazioni che si presentano 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 preesistenti:** 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. **Costo per un genitore che accompagna il figlio 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.
16. **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.
17. **Cure dentali:** includono check-up dentistico annuale, otturazioni, cura della carie e trattamento del canale della radice.
18. **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.
19. **Cure dentali d'emergenza in regime di ricovero:** cure dentali rese necessarie in modo improvviso e imprevisto e con ricovero ospedaliero a causa di incidente o infortunio grave. Il trattamento deve essere prestato entro le 24 ore dall'insorgenza dell'evento.
20. **Cure dentali di routine (limitata ai programmi asiatici):** includono check-up dentistico annuale, otturazioni, cura della carie e trattamento del canale della radice.
21. **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.
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 puerpera 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 imprevista 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/maxillofacciale:** intervento effettuato da un chirurgo orale o maxillofacciale in regime di ricovero ospedaliero, tipo, ma non solo, estrazione di un dente del giudizio incapsulato.
37. **Logopedia:** cure, dispensate da un logopedista qualificato, necessarie per diagnosticati difetti fisici quali, a titolo esplicativo e non esaustivo, ostruzioni nasali, difetti neurogenici (ad esempio paresi della lingua, lesioni cerebrali) o disturbi dell'articolazione della struttura orale (ad esempio palatoschisi).

38. **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 complicità della gravidanza o del parto sono escluse.
39. **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.
40. **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
41. **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.
42. **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.

43. **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.
44. **Oncologia:** test diagnostici, radioterapia, chemioterapia, onorari dei medici specialisti nonché spese ospedaliere per patologie oncologiche dal momento della loro diagnosi.
45. **Onorario medico generico:** costo di una prestazione non chirurgica fornita o gestita da un medico generico.
46. **Ortodonzia:** correzione delle deformità congenite o acquisite dei denti (mala-occlusione e relative conseguenze) per mezzo di apparecchi correttivi.
47. **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.
48. **Paese di origine:** paese da cui l'assicurato e i suoi familiari dichiarano di espatriare o dove vogliono essere rimpatriati.
49. **Paese di residenza principale:** paese in cui l'assicurato e i suoi familiari vivono per più di sei mesi all'anno.
50. **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
  - presenta scarsa reazione alle cure
  - richiede trattamenti palliativi
  - richiede frequenti e prolungati controlli
  - sia causa invalidità permanente
51. **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.
52. **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.

53. **Podiatria (limitata al programma per i residenti delle Channel Islands):** trattamento clinicamente necessario, effettuato da un professionista in possesso di abilitazione statale e di specializzazione in podiatria approvata dalla commissione podiatrica del Council for the Professions Supplementary to Medicine (Consiglio per le professioni complementari alla medicina o CPSM). Il professionista in questione dovrà inoltre essere in possesso di un ulteriore riconoscimento fra quelli a seguire: MChS (Member of The Society of Chiropodists & Podiatrists), FChS (Fellow of The Society of Chiropodists & Podiatrists), FCPodS (Fellow of the College of Podiatrists of The Society of Chiropodists & Podiatrists).
54. **Protesi chirurgiche:** organi o apparati artificiali che costituiscono parte integrale di un intervento chirurgico o di un trattamento medico post-operatorio.
55. **Protesi dentale:** corone, capsule, otturazioni, ricostruzioni adesive, restauri, ponti, dentiere ed impianti nonché tutti i trattamenti supplementari necessari.
56. **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).
57. **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.
58. **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.

59. **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. 28), 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.
60. **Scoperto:** percentuale sui costi a carico dell'assicurato.
61. **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 possieda regolare abilitazione all'assistenza alla puerpera.
62. **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.
63. **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.
64. **Terapeuta:** chiropratico, osteopata, erborista cinese, omeopata, agopunturista, fisioterapista, logopedista, terapeuta oculomotore, qualificato e riconosciuto legalmente nel paese in cui viene prestato il trattamento.
65. **Tipologia di camera:** camera privata o semiprivata come previsto dall'Elenco delle prestazioni. Non è coperta la sistemazione in camere di lusso o suite.
66. **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.
67. **Trattamento:** intervento medico/sanitario necessario alla guarigione da malattia o infortunio o al miglioramento delle condizioni di salute.

68. **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.
69. **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.
70. **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.
71. **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.
72. **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.
73. **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. Copertura delle spese sanitarie:

- a) Il livello di copertura è determinato dall'Elenco delle prestazioni, dal Certificato assicurativo, dalle eventuali appendici di polizza, dai presenti termini e condizioni e da eventuali altre imposizioni legali. La Compagnia rimborsa, nei limiti delle Elenco delle prestazioni e dei termini e condizioni di polizza, le spese sanitarie necessarie in conseguenza all'insorgere o all'aggravarsi di una patologia.
- b) Le cure ed i trattamenti sono coperti solo qualora abbiano uno scopo palliativo, terapeutico e/o diagnostico, siano necessari dal punto di vista medico, appropriati e somministrati da un medico, un dentista o un terapeuta abilitati all'esercizio della professione. Le richieste di rimborso saranno accolte se la diagnosi e/o il trattamento prescritto sono in linea con le prassi mediche generalmente accettate. I costi derivanti dalla consapevole inosservanza delle raccomandazioni del medico da parte dell'assicurato non sono coperti.
- c) Il rimborso verrà erogato solo se la Compagnia riterrà le spese presentate eque e ragionevoli e in linea con la prassi comune nel paese specifico e adeguate al tipo di prestazione fornita. La Compagnia si riserva il diritto di ridurre il rimborso ove ritenga una spesa eccessiva.
- d) Qualora in loco manchino strutture trasfusionali affidabili, la Compagnia, tenterà, 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.

2. **Responsabilità:** la responsabilità di Allianz Worldwide Care nei confronti dell'assicurato è limitata alla copertura dei costi per le prestazioni previste dal piano assicurativo come riportato nell'Elenco delle prestazioni ed in altre eventuali 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 l'importo totale della fattura.
3. **Responsabilità di terzi:** se l'assicurato o uno dei familiari 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 addivenire 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. **Azioni legali:** l'assicurato non può dare corso a procedimenti legali per recuperare il rimborso di una prestazione coperta dalla polizza prima di 60 giorni dalla presentazione della richiesta di rimborso e oltre due anni dopo la medesima, salvo se diversamente previsto da norme inderogabili di legge.
5. **Arbitrato:** i termini della polizza sono da interpretarsi in base alle leggi irlandesi, salvo se diversamente concordato tra le parti o imposto da norme inderogabili di legge. Ogni divergenza di opinione medica relativa alle

conseguenze di un infortunio o di una malattia tra Allianz Worldwide Care e l'assicurato sarà sottoposta a due esperti medici designati per iscritto dalle parti. Le eventuali divergenze di opinione tra questi saranno a loro volta sottoposte a un arbitro da questi precedentemente designato per iscritto. L'arbitro agirà in veste di esperto e la sua opinione sarà conclusiva salvo nel caso di errore palese e ove il valore della richiesta di rimborso sia superiore a € 150.000. Tutte le dispute di valore superiore a € 150.000 saranno risolte in base alle norme di arbitrato della Camera di commercio internazionale da uno o più arbitri nominati in conformità a tali norme.

6. **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@allianzworldwidedecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidedecare.com)  
[www.allianzworldwidedecare.com](http://www.allianzworldwidedecare.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 della 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