



Guida alla sua assicurazione sanitaria integrativa

Benvenuti ad Allianz Care

Apple si è rivolta ad Allianz Care per fornire a Lei e alla sua famiglia la semplicità di accedere a una copertura sanitaria integrativa nel Paese in cui lavora.


Allianz Care è specializzata in assicurazioni sanitarie internazionali e ha alle spalle le risorse e l'esperienza di Allianz SE, una delle multinazionali assicurative leader nel mondo.

Diritto alla copertura

Se Lei ha diritto alla copertura in quanto già incluso nel programma assicurativo della Apple nel Paese in cui lavora, ha diritto (insieme ai suoi familiari) anche al Programma sanitario integrativo. Il Programma sanitario integrativo è un supplemento per il programma sanitario di base del suo Paese, dal momento che offre massimali di prestazione più alti e prestazioni aggiuntive.

Ci contatti pure, siamo qui per assisterla!

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

| | | |
|--|-------------|------------------|
|  | 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 |
| | Portoghese: | + 353 1 645 4040 |

 E-mail: apple.helpline@e.allianz.com

Se vuole parlarci in un'altra lingua non elencata sopra, ne informi l'operatore all'inizio della telefonata e coinvolgeremo un interprete.

Come usare la sua assicurazione sanitaria integrativa

Verifichi se è coperto

Per prima cosa verifichi se è coperto per il trattamento medico di cui ha bisogno: consulti l'Elenco delle Prestazioni per controllare se ha copertura per la prestazione del caso. La copertura è soggetta alle definizioni, limitazioni ed esclusioni della polizza, così come descritte in questa guida.

Elenco delle prestazioni

Tutti i massimali sono indicati in dollari statunitensi.

| Prestazioni | Massimali per assicurato |
|--|--|
| Limite massimo del programma | 2.000.000 US\$ |
| Cancro e altre patologie mediche gravi | 500.000 US\$ per patologia |
| Malattie congenite e difetti alla nascita | 500.000 US\$ per patologia |
| Autismo e altri disturbi dello sviluppo | Senza analisi applicata del comportamento: 10.000 US\$ all'anno Con analisi applicata del comportamento: 25.000 US\$ in tutto il corso della vita |
| Trattamenti e servizi per il transgenderismo | 100.000 US\$ in tutto il corso della vita |
| Fertilità | 10.000 US\$ in tutto il corso della vita |
| Dispositivi medici, plantari e protesi | 10.000 US\$ all'anno (dispositivi medici e plantari)* 25.000 US\$ all'anno (protesi) *franchigia di 500 US\$ per dispositivo |

È coperto da una compagnia assicurativa locale o dalla previdenza sociale?

Prima di inviarci una richiesta di rimborso per spese mediche, dovrà contattare la sua compagnia assicurativa locale o l'ufficio della previdenza sociale e richiedere un documento che certifichi che la sua copertura è attiva: il documento deve indicare la data di inizio e di scadenza della sua polizza, oltre alle prestazioni coperte ed eventuali massimali.

Per potere appropriatamente valutare la sua richiesta di rimborso, verificheremo se il programma della sua compagnia assicurativa locale o della previdenza sociale copre totalmente, parzialmente o non copre affatto il costo del trattamento medico del caso. Per questa ragione, per favore ci fornisca con il documento ufficiale della sua compagnia assicurativa locale o previdenza sociale che (a seconda dei casi) spiega le ragioni per cui la richiesta di rimborso non è stata accettata, o fornisce una spiegazione delle prestazioni coperte, o mostra un estratto conto delle richieste di rimborso pagate.

La prima volta che riceve un trattamento medico

La prima volta che Lei o un suo familiare riceve un trattamento medico per il quale vuole richiederci un rimborso deve contattarci o mandarci un'e-mail per attivare la sua polizza.

1. Chiami la nostra Helpline (veda pagina 2).
2. Fornisca i seguenti dati personali perché possiamo verificare la sua identità:
 - nome della sua azienda;
 - il suo nome e cognome;
 - codice dipendente;
 - data di nascita (noti che per ragioni di rispetto della privacy abbiamo inizialmente inserito una data fittizia nel nostro sistema). Aggiungeremo il suo profilo quando ci contatta per attivare la polizza;
 - il suo indirizzo e-mail (per poterle inviare le comunicazioni sulla sua copertura).
3. Registri il suo familiare se è lui o lei che riceve il trattamento (veda il paragrafo "Registrazione dei familiari a carico").
4. Le invieremo un'e-mail con il numero della sua polizza integrativa.

Registrazione dei familiari a carico

Se uno dei suoi familiari a carico inclusi nella sua polizza integrativa ha bisogno di un trattamento medico coperto, completi il modulo di registrazione dei familiari a carico e lo inoltri il più presto possibile. Solo dopo aver registrato il familiare potrà inviarci una richiesta di rimborso o richiedere la pre-approvazione per un trattamento del familiare. Il numero di polizza integrativa che ha ricevuto per Lei si applica anche ai familiari inclusi nella polizza.

Per alcuni trattamenti c'è la pre-approvazione

Se Lei o uno dei suoi familiari deve ricevere un trattamento in ricovero o un trattamento dal costo elevato, dovrà richiederci la pre-approvazione. Il procedimento di pre-approvazione ci consente di garantire la copertura di determinati trattamenti e costi necessari (se coperti), ovvero:

- trattamenti in regime di ricovero (trattamenti ricevuti in un ospedale o una clinica dove si renda necessario il pernottamento);
- trattamenti in day-hospital (incluse la chemioterapia e la radioterapia);
- chirurgia ambulatoriale;
- PET (tomografia a emissione di positroni) e TAC-PET.

Procedimento per la pre-approvazione

Se Lei o uno dei suoi familiari deve ricevere un trattamento in ricovero o un trattamento dal costo elevato, segua i passi descritti di seguito e invii la richiesta di pre-approvazione **almeno cinque giorni prima della data del trattamento**. Verificheremo la sua copertura per garantirle un accesso agevole alle cure.



Contatti la sua compagnia assicurativa locale o l'ufficio della previdenza sociale per richiedere un documento che certifichi la data di rinnovo della sua polizza e le prestazioni coperte, insieme a eventuali massimali. Per potere appropriatamente valutare la sua richiesta di rimborso, verificheremo se il programma della sua compagnia assicurativa locale o della previdenza sociale copre totalmente, parzialmente o non copre affatto il costo del trattamento medico del caso. Per favore si assicuri che la risoluzione della richiesta di rimborso sia chiaramente indicata nel documento della sua compagnia assicurativa locale o ufficio della previdenza sociale.



Scarichi un modulo di garanzia di pagamento dal portale per i dipendenti:
www.allianzcare.com/apple



Inoltri il modulo compilato con l'eventuale documentazione di supporto almeno cinque giorni lavorativi* prima della data del trattamento: apple.helpline@e.allianz.com



Contatteremo l'ospedale per organizzare il pagamento diretto del suo conto ospedaliero, ove possibile.

Una volta ricevute tutte le informazioni necessarie, le valuteremo e, se riscontriamo che ha copertura per il trattamento del caso, invieremo al suo medico o ospedale una Garanzia di pagamento diretto, autorizzando il trattamento. Se troviamo che mancano delle informazioni necessarie, potremmo dover contattare Lei, il suo medico o l'ospedale per ottenerle e ciò potrebbe causare ritardi nel procedimento.


In caso di emergenza


Si sottoponga alle cure d'emergenza di cui ha immediato bisogno e ci chiami pure se ha bisogno di assistenza. Se viene ricoverato, ci informi entro 48 ore chiamando l'Helpline. Se Lei non è disponibile, può chiamarci anche il suo medico o un familiare. Le informazioni necessarie per la Richiesta di garanzia di pagamento potranno essere fornite per telefono.

Procedimento per i rimborsi


In caso di trattamenti che ha già ricevuto e pagato

Se il trattamento di cui ha bisogno non richiede pre-approvazione, paghi il conto al suo medico e poi ci richiedi il rimborso. In questo caso, segua questa semplice procedura:

 Contatti la sua compagnia assicurativa locale o l'ufficio della previdenza sociale per richiedere un documento che certifichi la data di rinnovo della sua polizza e le prestazioni coperte, insieme a eventuali massimali. Per potere appropriatamente valutare la sua richiesta di rimborso, verificheremo se il programma della sua compagnia assicurativa locale o della previdenza sociale copre totalmente, parzialmente o non copre affatto il costo del trattamento medico del caso. Per favore si assicuri che la risoluzione della richiesta di rimborso sia chiaramente indicata nel documento della sua compagnia assicurativa locale o ufficio della previdenza sociale.

 Si faccia rilasciare una fattura dal suo medico o ospedale per il trattamento ricevuto. La fattura deve indicare:

- a. il suo nome;
- b. la data del trattamento;
- c. la patologia trattata e il tipo di trattamento;
- d. la data in cui si sono presentati i sintomi per la prima volta;
- e. il costo del trattamento.

 Richieda il rimborso tramite MyHealth (app o portale): www.allianzcare.com/it/myhealth.html. Deve semplicemente caricare la fattura, inserire alcuni dati come il nome del paziente, il Paese del trattamento, il nome del medico o dell'ospedale, il tipo di trattamento, la ragione per riceverlo, la data della fattura, la valuta della fattura e la cifra fatturata. Prema "Inviare" ed il gioco è fatto!

Per favore includa tutta la documentazione di supporto necessaria nella sua richiesta di rimborso.

Conservi una copia di tutta la documentazione per eventuali altre richieste di rimborso. Ogni volta che richiede un nuovo rimborso, dovrà allegare tutta la documentazione specificata al punto 2.



Evadiamo le sue richieste velocemente

Se ci manda una richiesta di rimborso completa con tutti dati richiesti sin dal principio, evaderemo e pagheremo le spese coperte entro 48 ore. Se la sua richiesta non include tutte le informazioni necessarie, dovremo contattarla per richiedere i dati mancanti. Se non è sicuro di stare includendo tutta la documentazione di supporto necessaria nella sua richiesta di rimborso, ci contatti pure prima di inoltrarla e lo chiariremo per Lei.

* Noti che la prima richiesta di rimborso/pre-approvazione impiegherà più tempo del normale perché dovremo prima registrarla (o registrare il suo familiare).

Ulteriori informazioni in merito al rimborso delle spese mediche

Cose da sapere prima di inviarci una richiesta di rimborso:

- **Scadenza per l'inoltro delle richieste di rimborso:** deve inviarci tutte le richieste di rimborso tramite MyHealth entro e non oltre sei mesi dalla data di termine dell'Anno assicurativo. Se la sua copertura viene cancellata durante il corso dell'Anno assicurativo, deve inviare le richieste di rimborso entro e non oltre sei mesi dalla data di termine della copertura. Dopo tale scadenza, non siamo più tenuti ad effettuare alcun rimborso.
- **Compilazione delle richieste di rimborso:** deve compilare e inoltrare una richiesta di rimborso separata per ciascuna persona e per ciascuna patologia per le quali vuole ricevere un rimborso.
- **Documentazione di supporto:** quando allega documentazione di supporto (ad esempio, copie delle ricevute delle spese mediche), la preghiamo di conservare la copia originale. Abbiamo il diritto di richiederle le copie originali in qualsiasi momento fino a 12 mesi dopo il pagamento del rimborso. Potremmo inoltre richiederle un giustificativo del pagamento (ad esempio, un estratto conto bancario o della carta di credito) a supporto delle ricevute mediche che ha pagato. È sua responsabilità conservare copia di tutta la corrispondenza in generale intercorsa con noi: decliniamo ogni responsabilità per la corrispondenza che non riceviamo per ragioni estranee al nostro controllo.
- **Valuta:** specifichi la valuta in cui desidera ricevere il rimborso nella sua richiesta. In rare occasioni, a causa dei regolamenti bancari internazionali, potremmo non essere in grado di effettuare un pagamento nella valuta scelta, ma se ciò si verifica, identificheremo una valuta alternativa appropriata. Se dobbiamo eseguire una conversione tra due valute, utilizzeremo il tasso di cambio in vigore alla data di emissione della fattura o quello in vigore al momento del pagamento del rimborso.

Ci riserviamo il diritto di scegliere quale tasso di cambio della valuta applicare.
- **Spese ragionevoli e consuetudinarie:** imborseremo solamente le spese mediche che sono "ragionevoli e consuetudinarie", ovvero conformi ai costi standard generalmente richiesti per una determinata procedura medica in un determinato Paese. Ci riserviamo il diritto di rifiutare o ridurre il rimborso, se consideriamo inappropriato l'ammontare richiesto.

Prestazioni

Massimale complessivo "in tutto il corso della vita" per assicurato:

2.000.000 US\$

Cancro e altre patologie mediche gravi

Massimale: 500.000 US\$ per patologia

Salvo quando diversamente dettato dalle leggi locali, la polizza offre copertura per i trattamenti contro il cancro e qualsiasi altra grave patologia medica (dovuta a malattia o infortunio) che possa mettere a rischio la vita dell'assicurato. Questa prestazione offre copertura aggiuntiva a quella dell'assicurazione di base fino al massimale annuale indicato nell'Elenco delle prestazioni.

Cancro:

Sono coperti l'onorario di specialisti, il costo di test diagnostici, la radioterapia, la chemioterapia e le spese ospedaliere relative alla cura delle patologie oncologiche fin dal momento della loro diagnosi. È coperto anche il costo di manufatti protesici esterni per scopi cosmetici (ad esempio una parrucca in caso di perdita di capelli oppure un reggiseno per protesi in conseguenza di un cancro al seno).

A seguire, una lista di esempi (non esaustiva) di patologie mediche gravi:

- trauma cranico che richiede un ricovero ospedaliero;
- lesione del midollo spinale;
- ustioni gravi su più del 20% del corpo;
- lesioni multiple a causa di un incidente;
- parto prematuro e sue complicanze;
- ictus;
- danni cerebrali dovuti a incidente, arresto cardiaco o derivanti da una procedura chirurgica o complicazione di un intervento chirurgico;
- malattia terminale con aspettativa di vita inferiore a sei mesi;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- casi gravi di Covid - sono considerati affetti da una malattia grave i pazienti con COVID-19 che mostrano uno dei seguenti sintomi:
 - saturazione dell'ossigeno (SpO2) <94% in aria ambiente a livello del mare;
 - PaO2/FiO2 <300 mm Hg;

- frequenza respiratoria >30 respiri/min;
- infiltrati polmonari >50%.

Patologia medica grave

Per patologia medica grave si intende una patologia di cui soffre l'assicurato e che:

- ne mette a repentaglio la vita al momento in cui si verifica o
- è composta da tutte le seguenti caratteristiche:
 - parametri vitali notevolmente instabili;
 - insufficienza acuta di uno o più organi vitali;
 - vengono prestate cure di estrema complessità presso un reparto di terapia intensiva/di emergenza.

Malattie congenite e difetti alla nascita

Massimale: 500.000 US\$ per patologia

Salvo quando diversamente dettato dalle leggi locali, la copertura comprende le terapie per malattie congenite e difetti alla nascita, incluse le spese relative a:

- onorario del medico per interventi chirurgici;
- onorario del medico per esami di routine e test diagnostici necessari dal punto di vista medico;
- vitto e alloggio in ospedale;
- medicinali prescritti.

Autismo e altri disturbi dello sviluppo

Autismo e altri disturbi dello sviluppo (senza analisi applicata del comportamento)

Massimale: 10.000 US\$ (all'anno)

Salvo quando diversamente dettato dalle leggi locali, la copertura comprende le terapie necessarie dal punto di vista medico e incluse nel programma di trattamento dello specialista, il quale potrebbe includere, a titolo di esempio:

- screening e diagnosi dell'autismo o di altri disturbi dello sviluppo;
- servizi per la riabilitazione, ossia servizi forniti con l'intento di sviluppare piuttosto che ripristinare un'abilità;
- terapie (ripristinative o no) come ad esempio:
 - terapia occupazionale per sviluppare l'abilità di svolgere le normali attività della vita quotidiana;
 - terapie per sviluppare le funzionalità fisiche;
 - logopedia in caso di problemi del linguaggio.

Nota: i disturbi del neurosviluppo includono, ma non si limitano a: ritardo dello sviluppo di classificazione sconosciuta con un ritardo cognitivo significativo, disturbo dello spettro autistico, disabilità intellettiva (ad esempio, sindrome di Down, sindrome di Apert), disabilità motoria (ad esempio, paralisi cerebrale), disabilità dell'apprendimento e della comunicazione (ad esempio, dislessia, disturbi del linguaggio) e disturbo da deficit di attenzione/iperattività. I disturbi dello spettro alcolico fetale, inclusa la sindrome alcolica fetale e i disturbi correlati come il disturbo del neurosviluppo correlato all'alcol sono compresi dalla definizione di "Autismo e altri disturbi dello sviluppo (senza analisi applicata del comportamento)".

Autismo e altri disturbi dello sviluppo (con analisi applicata del comportamento)

Massimale: 25.000 US\$ (in tutto il corso della vita)

L'analisi applicata del comportamento è una terapia che si basa sulle scienze dell'apprendimento e del comportamento. Per maggior informazioni può consultare la pagina:

Applied Behavior Analysis (ABA) | Autism Speaks

In questa prestazione, la definizione di medico curante viene estesa a includere sia un medico generico che uno specialista qualificato in analisi applicata del comportamento che sia iscritto all'albo degli specialisti in terapia comportamentale (BCBA), oppure che abbia una qualifica per la valutazione delle abilità sociali (CSA) o che sia accreditato da un organismo competente per il Paese in cui si svolge il trattamento.

Salvo quando diversamente dettato dalle leggi locali, la copertura comprende le terapie necessarie dal punto di vista medico e incluse nel programma di trattamento dello specialista, il quale potrebbe includere, a titolo di esempio:

- terapie comportamentali necessarie e basate sui principi dell'analisi applicata del comportamento e relativi programmi strutturati per il comportamento necessari per il trattamento dell'autismo. Per essere coperte, le terapie devono:
 - essere prescritte nel programma di trattamento firmato dal medico curante, il quale deve includere la diagnosi, i tipi di trattamenti proposti, la frequenza dell'erogazione e la durata, i risultati prefissati e la frequenza con cui il programma di trattamento verrà rivisto e aggiornato;
 - essere aggiuntive alle terapie coperte come sopra, se necessario;
 - nel caso delle terapie basate sui principi dell'analisi applicata del comportamento, essere somministrate o supervisionate da medici o terapeuti debitamente accreditati (ad esempio con certificazione BCBA, CSA o IBCCES).

Trattamenti e servizi per il transgenderismo (disforia di genere)

Massimale: 100.000 US\$ (in tutto il corso della vita)

La disforia di genere è definita medicalmente come la necessità di vivere secondo la propria identità sessuale e non secondo il proprio sesso biologico.

Salvo quando diversamente dettato dalle leggi locali, la copertura include le procedure (normalmente miste, tra assistenza psicologica, chirurgia e trattamenti ormonali) necessarie a una persona transessuale per alterare le caratteristiche fisiche relative al proprio sesso biologico. Ecco alcuni esempi di cosa è compreso in questa copertura:

- farmaci per la sostituzione ormonale (da uomo a donna) come quelli a base di estradiolo e progestinico;
- farmaci antiandrogeni come lo spironolattone, il finasteride e il Minoxidil;
- farmaci per la sostituzione ormonale (da donna a uomo) come quelli a base di testosterone;
- costi per la pianificazione della terapia ormonale e per l'assistenza medica necessaria durante la terapia;
- visite di controllo, fino a un massimo di quattro all'anno, per monitorare l'andamento della salute e del cambio di sesso, per rivedere il dosaggio delle medicine e per leggere i risultati di analisi;
- sessioni continuative di psicoterapia, fino a 15 all'anno;
- blefaroplastica;
- lifting del viso o della fronte;
- riduzione dell'ossatura facciale;
- rimozione di capelli/peli;
- riduzione della mandibola;
- laringoplastica;
- rinoplastica;
- fotoringiovanimento (come la dermoabrasione, il peeling chimico, ecc.);
- condroplastica per la riduzione tiroidea;
- lifting del collo;
- chirurgia per il miglioramento delle labbra;
- ricostruzione chirurgica genitale;
- orchiectomia;
- isterectomia/salpingo-ovarectomia;
- terapia per la modificazione della voce;
- chirurgia plastica al seno, con inclusione di rimozione di tessuti del seno, ricostruzione chirurgica del torace e mastoplastica additiva.

Nota: la mastopessia è coperta solo quando è parte della chirurgia iniziale per l'aumento del seno.

Costi esclusi dalla copertura:

- impianti per le guance;
- impianti per il mento o il naso;
- iniezioni di collagene;
- iniezioni di botox e filler;
- trapianto di peli/capelli.

Perché la chirurgia di riassegnazione sessuale sia coperta, deve essere dichiarata necessaria da un punto di vista medico a seguito di una diagnosi di disforia di genere; inoltre deve rispondere ai seguenti criteri:

Per la chirurgia genitale:

- l'assicurato deve avere almeno 18 anni;
- l'assicurato deve esibire due lettere di raccomandazione (di cui almeno una includa una relazione dettagliata) da due professionisti della salute mentale differenti. Accetteremo anche una lettera da un professionista in possesso di laurea Master* (cioè un professionista della psicologia e igiene mentale) se la seconda lettera è da uno psichiatra o psicologo clinico;
- la lettera di raccomandazione deve essere basata su valutazioni condotte non prima degli ultimi 24 mesi e deve indicare che la decisione del paziente è ancora corrente e non è causata da altre patologie o disturbi curabili;
- ciascuna delle lettere di raccomandazione deve indicare che l'operazione chirurgica è necessaria dal punto di vista medico d'accordo con le linee guida della gestione di questo tipo di caso clinico**.

Per la chirurgia al seno/torace:

- l'assicurato deve avere almeno 18 anni;
- l'assicurato deve esibire una lettera di raccomandazione da un professionista della salute mentale. La lettera di raccomandazione deve essere basata su valutazioni condotte non prima degli ultimi 24 mesi e deve indicare che la decisione del paziente è ancora corrente e non è causata da altre patologie o disturbi curabili;
- l'operazione chirurgica deve essere necessaria dal punto di vista medico d'accordo con le linee guida della gestione di questo tipo di caso clinico**.

* Il termine 'professionista della salute mentale', così come usato sopra, è un professionista che opera nel ramo della salute e dell'igiene mentale, in possesso di laurea master o laurea di livello superiore al master nell'area della salute mentale.

** Le 'linee guida della gestione del caso clinico' sono da intendersi come quelle erogate dall'organizzazione scientifica applicabile al caso e riconosciute a livello internazionale.

Trattamento per la fertilità

Massimale: 10.000 US\$ (in tutto il corso della vita)

Salvo quando diversamente dettato dalle leggi locali e in base alla disponibilità del trattamento nel Paese in cui viene effettuato, la copertura comprende i trattamenti e le procedure per aumentare la fertilità. Per sapere qual è la copertura prevista nel suo Paese, contatti Allianz Care. Saranno coperti i servizi e gli strumenti per aumentare la fertilità utilizzati secondo le tecniche standard di riproduzione assistita (ART). La copertura comprende le prescrizioni del medico, le procedure chirurgiche e il concepimento assistito (il che, se consentito, può includere il prelievo e la conservazione)*.

A seguire, una lista (non esaustiva) delle procedure incluse**:

- fecondazione in vitro;
- trasferimento dei gameti nelle tube di Falloppio;
- trasferimento dello zigote nelle tube di Falloppio;
- test di gravidanza sul sangue (beta hCG);
- fecondazione/inseminazione degli ovociti.

Sono inclusi nella copertura tutti i farmaci che richiedono la prescrizione medica non coperti dall'assicurazione di base (sia obbligatoria che integrativa).

Questa prestazione offre copertura aggiuntiva a quella dell'assicurazione di base obbligatoria e/o integrativa, fino al massimale (in tutto il corso della vita) indicato nell'Elenco delle prestazioni.

* Le spese relative alla conservazione saranno pagate fino all'utilizzo o fino alla scadenza dell'idoneità della copertura o fino alla scadenza di cinque anni, a seconda di quale evento si verifichi per primo.

** Contatti Allianz Care per sapere qual è la copertura prevista nel suo Paese.

Dispositivi medici durevoli

Massimale:

- dispositivi medici e plantari – 10.000 US\$ all'anno
- protesi – 25.000 US\$ all'anno

Salvo quando diversamente dettato dalle leggi locali, la copertura comprende i dispositivi (elencati di seguito) e le relative spese sostenute per l'acquisto di dispositivi ortopedici, dispositivi medici durevoli o dispositivi protesici, necessari dal punto di vista medico e riconosciuti come parte di un trattamento/terapia standard. Sono inclusi, ad esempio, problemi polmonari/respiratori, problemi dell'udito, disturbi di natura ortopedica e neurologica e problemi della vista. La copertura è soggetta ai limiti del programma, alle franchigie e alle spese ragionevoli e consuetudinarie.

Franchigia:

Si applica una franchigia di 500 US\$ per ogni dispositivo ortopedico o dispositivo medico durevole, mentre non si applica alcuna franchigia per i dispositivi protesici.

Dispositivi medici durevoli

Dispositivi medici durevoli prescritti da un medico. Se più di un dispositivo soddisfa le stesse esigenze mediche, è coperto il costo di quello più conveniente in rapporto ai costi-benefici, a meno che non sia dimostrato che un altro dispositivo è in grado di migliorare significativamente la qualità della vita del paziente.

Un dispositivo medico che ha raggiunto la data raccomandata di utilizzo e non può essere riparato potrà essere sostituito con uno dello stesso tipo o uno di simile tipologia. È coperta una sostituzione ogni tre anni, a meno che la durata raccomandata di utilizzo del dispositivo non preveda diversamente.

Un dispositivo medico durevole presenta le seguenti caratteristiche:

- è progettato per un uso ripetuto;
- non è monouso;
- è utilizzato per scopi medici;
- è utilizzato per assistere la persona nelle sue attività fisiche quotidiane a seguito di un infortunio, una malattia o una condizione medica;
- è adatto all'uso domestico.

A seguire, una lista (non esaustiva) dei dispositivi inclusi:

- carrozzine e motocarrozze;
- apparecchi acustici;
- apparecchi per la respirazione;
- letti ortopedici elettrici;
- ausili per la mobilità per ipovedenti.

Dispositivi esclusi dalla copertura:

- misuratori di glicemia e strisce reattive;
- misuratori della pressione arteriosa;
- saturimetri;
- deambulatori e stampelle;
- pompe infusionali e relativi accessori;
- nebulizzatori di ossigeno;
- calze e indumenti contenitivi;
- qualsiasi costo di riparazione e manutenzione.

Una precisazione: la copertura dei dispositivi medici durevoli non include, tra l'altro, modifiche apportate a veicoli, climatizzatori o sistemi di purificazione dell'aria, umidificatori e deumidificatori, ascensori,

rampe, montascale, corrimano, dispositivi per avvisi di emergenza, apparecchi per il riscaldamento, ristrutturazioni di abitazioni o luoghi di lavoro, letti con materassi ad acqua, vasche idromassaggio e attrezzature per esercizi e massaggi.

Ausili ortopedici e tutori

Gli ausili ortopedici per la stabilizzazione di un arto lesa e i tutori per le patologie della colonna vertebrale sono considerati dispositivi medici durevoli.

Questi possono comprendere, a titolo di esempio:

- ortesi per piede e caviglia;
- ortesi per ginocchio;
- ortesi lombo-sacrale;
- adattamenti ortopedici per l'uso di tutori;
- ortesi toraco-lombo-sacrale.

Dispositivi protesici

Per dispositivo protesico si intende qualsiasi dispositivo utilizzato per sostituire un arto mancante o parte di esso, nonché altre parti esterne del corpo. Ciò include arti, mani, piedi e dita artificiali. Sono tuttavia escluse le protesi dentarie e i dispositivi per uso prettamente estetico, ad esempio protesi mammarie, ciglia finte e parrucche.

Dispositivi esclusi dalla copertura

Con riferimento ai dispositivi medici durevoli, i dispositivi ortopedici e i dispositivi protesici, si applicano le seguenti esclusioni:

- dispositivi non prescritti da un medico/centro medico accreditato o utilizzati senza il consenso di un medico;
- dispositivi e strumenti sperimentali;
- dispositivi e computer di ausilio per la fonazione e comunicazione, salvo quelli approvati da un medico e conformi alle linee guida specifiche al caso clinico, come definito dalla società che amministra le sue richieste di rimborso;
- riparazioni e sostituzioni di dispositivi smarriti, danneggiati o rubati a causa di uso improprio, negligenza o dolo;
- dispositivi utilizzati espressamente ai fini della sicurezza o delle prestazioni in attività correlate allo sport (ad esempio misuratori della pressione arteriosa, allarmi per l'enuresi, defibrillatori esterni non indossabili, cinti erniari e nebulizzatori a ultrasuoni);
- dispositivi medici con o senza ricetta medica e articoli monouso, ad eccezione di siringhe, aghi e strisce reattive per glicemia monouso.

Esclusioni

Tutte le prestazioni che non appaiono nell'Elenco delle prestazioni non sono coperte.

CHIRURGIA PLASTICA

Qualsiasi trattamento effettuato da un chirurgo plastico, indipendentemente dalle ragioni mediche e/o psicologiche che possono renderlo necessario, e qualsiasi trattamento cosmetico o estetico che sia mirato a migliorare l'aspetto fisico, persino quando sia prescritto da un medico. Le uniche eccezioni sono nei casi di malattie congenite (quando il trattamento si rende necessario da un punto di vista medico), i casi approvati di disforia di genere e la ricostruzione chirurgica necessaria al ripristino delle funzionalità o dell'aspetto a seguito di un incidente con conseguenze gravi per l'aspetto del paziente o di un intervento chirurgico oncologico, laddove l'incidente o l'intervento siano avvenuti durante il periodo di validità della polizza.

CONTAMINAZIONE CHIMICA E RADIOATTIVITÀ

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

ERRONEO O MANCATO RISPETTO DI UNA TERAPIA MEDICA

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

ERRORI MEDICI

Le cure necessarie in conseguenza di errori medici.

PARTECIPAZIONE A GUERRE O ATTI CRIMINALI

Decesso e/o le cure ed i trattamenti per malattie, lesioni o incidenti derivanti da partecipazione attiva a quanto indicato a seguire, indipendentemente dal fatto che la guerra sia stata dichiarata o no:

- guerre;
- tumulti;
- insurrezioni civili;
- atti terroristici;

- atti criminali;
- atti illegali;
- atti condotti per contrastare l'offensiva di una potenza straniera.

PATOLOGIE CAUSATE INTENZIONALMENTE O LESIONI AUTO-PROVOCATE

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

SPESE DI VIAGGIO

Le spese di viaggio (costi di parcheggio compresi) affrontate per raggiungere e lasciare le strutture sanitarie in cui vengono ricevuti i trattamenti.

TEST GENETICI

I test genetici, fatta eccezione per:

- i test genetici che appaiono elencati nel suo Elenco delle prestazioni;
- i test del DNA quando sono strettamente correlati all'amniocentesi, laddove questa sia coperta dal programma, ad esempio nel caso delle donne dai 35 anni in su;
- i test per i recettori ormonali per i tumori.

TRATTAMENTI O TERAPIE FARMACOLOGICHE A CARATTERE SPERIMENTALE O NON TESTATI

Qualsiasi forma di trattamento o terapia farmacologica avente, a ragionevole opinione della compagnia assicurativa, carattere sperimentale o non dimostrato in base ai criteri medici ufficialmente riconosciuti.

TRATTAMENTI RICEVUTI IN UN PAESE DIVERSO DA QUELLO IN CUI IL DIPENDENTE LAVORA (OSSIA RICEVUTI FUORI DALLA SUA AREA GEOGRAFICA DI COPERTURA)

L'unica eccezione sono i trattamenti di emergenza o trattamenti che sono stati previamente autorizzati da Allianz.

TRATTAMENTO ORTOMOLECOLARE

Il trattamento ortomolecolare non è coperto dal Programma sanitario integrativo.

Altre condizioni che si applicano alla sua copertura

Sanzioni economiche: il suo contratto assicurativo non garantisce copertura se qualsiasi elemento della copertura, prestazione, servizio, attività o attività correlata viola qualsiasi legge o regolamento sanzionatorio applicabile delle Nazioni Unite, dell'Unione Europea e qualsiasi altra legge o sanzione economica o commerciale.

Responsabilità della compagnia assicurativa: la nostra responsabilità nei suoi confronti si limita alla copertura degli importi indicati nell'Elenco delle prestazioni e negli altri documenti di polizza. In nessun caso l'importo rimborsato complessivamente da Allianz Care, dal programma sanitario pubblico e/o da altre assicurazioni potrà superare l'importo totale della fattura.

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

Surrogazione: abbiamo il diritto di richiedere il rimborso da qualsiasi terzo dell'ammontare da noi rimborsato, se i costi che abbiamo rimborsato sono coperti anche dal terzo. L'assicurato e la sua azienda hanno l'obbligo di cooperare con la compagnia assicurativa per fornire tutte le informazioni importanti e di svolgere ogni ragionevole incarico richiesto per determinare o ottenere informazioni importanti o la restituzione delle somme pagate dalla compagnia assicurativa.

Contattare i familiari a carico: per poter amministrare la sua polizza, a volte potremmo avere bisogno di richiederle ulteriori informazioni. Se dovessimo avere bisogno di informazioni in merito ad uno dei suoi familiari a carico (ad esempio, se abbiamo bisogno dell'indirizzo e-mail di un adulto incluso nella sua polizza), contatteremo Lei, in qualità di titolare della polizza, per ottenere le informazioni richieste (qualora si tratti di dati non sensibili).


Allo stesso modo, al fine di gestire le richieste di rimborso, potremmo condividere con tutti i suoi dipendenti i dati non sensibili relativi ad uno dei suoi familiari a carico.

Informativa sulla protezione dei dati personali

L'Informativa sulla protezione dei dati spiega come proteggiamo la sua privacy e come trattiamo i suoi dati. Le consigliamo di leggerla prima di condividere con noi qualsiasi dato personale. La trova qui:

 www.allianzcare.com/it/privacy.html

In alternativa, può contattarci al telefono per richiederne una copia cartacea.

 +353 1 630 1305

Se ha delle domande su come utilizziamo i suoi dati personali, può sempre contattarci tramite e-mail all'indirizzo:

 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Procedura per i reclami

In caso di commenti o reclami, non esiti a contattare la nostra Helpline:

@ apple.helpline@e.allianz.com

Ci impegniamo per guadagnare e mantenere la fedeltà dei nostri clienti attraverso l'erogazione di servizi di qualità superiore: in ogni caso, comprendiamo che nonostante i nostri migliori sforzi, non sempre riusciamo a soddisfare tutti. Se non è soddisfatto di qualsiasi elemento dei servizi che ha ricevuto, abbiamo un protocollo per gestire i commenti e i reclami in maniera efficiente e in tempi ragionevoli. Per proporci un reclamo, può:

@ Mandarci un'e-mail: customer.advocacy@e.allianz.com, oppure;

🏠 Scriverci all'indirizzo: **Customer Advocacy Team (Ufficio per la tutela del cliente), Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda.**

Abbiamo un protocollo interno per la gestione dei reclami. Se desidera maggiori informazioni, visiti:

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

Se vuole può anche contattare la nostra Helpline per richiedere una copia cartacea della procedura.

Domande frequenti sull'assicurazione integrativa

Cos'è l'assicurazione integrativa

L'assicurazione integrativa è un programma sanitario aggiuntivo che si rivolge a Lei e ai suoi familiari, e che copre prestazioni aggiuntive a quelle del suo programma di base che riceve da un'altra compagnia assicurativa locale attraverso Apple o dalla previdenza sociale. Veda l'Elenco delle prestazioni incluso in questa guida per verificare quali sono le prestazioni aggiuntive e i massimali applicabili.

Devo pagare per avere questa assicurazione integrativa?

No. Il costo dell'assicurazione è pagato interamente da Apple. In ogni caso, noti che a seconda del Paese in cui si trova, potrebbe essere soggetto al pagamento di tasse sul premio assicurativo.

Chi ha diritto all'assicurazione integrativa?

Ne hanno diritto tutti coloro che hanno un contratto di lavoro con la Apple e sono già inclusi nel programma sanitario di base. Ne hanno diritto anche i loro familiari a carico se sono inclusi anche loro nel programma sanitario di base della Apple. Per verificare se Lei rientra nella categoria degli aventi diritto, contatti la sua azienda.

Come mi registro per ottenere l'assicurazione integrativa?

Lei è già stato automaticamente incluso nel programma di assicurazione integrativa solo per il fatto di avere già l'assicurazione di base della Apple. Se Lei ha incluso dei familiari nel programma di base, allora anche loro hanno il diritto all'assicurazione integrativa.

Che cosa copre l'assicurazione integrativa?

Per i dettagli sulla copertura che includono massimali ed esclusioni applicabili, veda l'Elenco delle prestazioni all'inizio di questa guida.

Perché l'assicurazione integrativa non copre altre patologie?

L'assicurazione sanitaria principale è quella che Lei riceve dal Governo del suo Paese e attraverso il programma sanitario di base di Apple. Apple si è resa conto che la copertura di certe prestazioni è complessa e a volte difficile da gestire per le compagnie assicurative tradizionali. Inoltre, certi casi particolari richiedono prestazioni che superano i massimali del programma sanitario di base di Apple: in questi casi l'assicurazione integrativa offre un livello di copertura aggiuntivo. Per questo motivo, Apple le fornisce l'assicurazione integrativa attraverso Allianz Care, un'azienda specializzata in coperture sanitarie complesse. In futuro, altre prestazioni potrebbero essere aggiunte in questa assicurazione integrativa a seconda delle esigenze del suo gruppo aziendale: essenzialmente l'assicurazione integrativa funzionerà sempre come un programma aggiuntivo per coprire trattamenti medici che per diversi motivi non possono essere facilmente considerati dalle polizze sanitarie tradizionali.

Ho un numero di polizza per l'assicurazione integrativa?

Sì. Prima di inoltrare la sua prima richiesta di rimborso per spese mediche coperte dall'assicurazione integrativa, contatti la nostra Helpline che è disponibile 24 su 24, 7 giorni su 7. Le chiederemo di darci i suoi dati personali e li confronteremo con quelli ricevuti per Lei dalla sua azienda, per identificarla nel nostro sistema. È a quel punto che le daremo il suo numero di polizza integrativa. Eventuali familiari inclusi nella sua assicurazione integrativa avranno lo stesso numero di polizza che ha Lei, una volta registrati nella sua polizza. Veda il paragrafo "Registrazione dei familiari a carico" per maggiori informazioni.

Una volta ottenuto il suo numero di polizza integrativa, con la prima richiesta di rimborso o di pre-approvazione, continui a indicare lo stesso numero di polizza nelle richieste di rimborso o di pre-approvazione future.

Quando finisce la copertura fornita dall'assicurazione integrativa?

La copertura dell'assicurazione integrativa termina se si cancella dal programma sanitario di base di Apple o se non ha più diritto a usufruirne, oppure se smette di lavorare per Apple. Una volta terminata la copertura, avrà sei mesi di tempo per inoltrare eventuali richieste di rimborso per spese mediche incorse durante il periodo di validità dell'assicurazione integrativa. Se si cancella dal programma di assicurazione sanitaria di base di Apple, deve comunicarci la data di cancellazione per evitare problemi con l'accettazione/pagamento delle sue richieste di rimborso.

Come farà il mio medico a sapere che ho una copertura integrativa?

Si ricorre alla copertura della polizza integrativa solo quando si esaurisce la copertura dell'assicurazione sanitaria principale che Lei riceve dal Governo del suo Paese e attraverso il programma sanitario di base di Apple per il trattamento in questione (o quando il trattamento in questione non è coperto dall'assicurazione sanitaria principale del suo Paese o il programma sanitario di base di Apple).

Per i trattamenti che non sono soggetti a pre-approvazione (ovvero quelli per i quali Lei paga le spese al suo medico e poi richiede un rimborso ad Allianz Care), il suo medico ovviamente non ha bisogno di sapere se Lei ha l'assicurazione integrativa. Per i trattamenti che richiedono la pre-approvazione, cioè quelli che vengono pagati direttamente da noi al suo medico, deve essere Lei a contattarci tramite inoltro del modulo di garanzia di pagamento. A quel punto, se dal modulo riscontriamo che il trattamento di cui ha bisogno è coperto dal suo programma, contatteremo il suo medico per confermare la copertura e organizzare il pagamento delle spese.

Nel raro caso in cui il suo medico non accetta il pagamento diretto delle spese da Allianz Care, può sempre pagare Lei le spese e poi richiederci un rimborso.

Cosa succede se sto già ricevendo dei trattamenti?

I trattamenti che ha già iniziato a ricevere potrebbero essere coperti da questa polizza integrativa se:

1. li ha ricevuti non prima della data in cui ha aderito all'assicurazione integrativa e si svolgono nel Paese in cui Lei lavora. Per maggiori informazioni, faccia riferimento al suo portale Apple People;
2. Lei (o il suo familiare, in caso i trattamenti li stia ricevendo un suo familiare) è registrato nel programma sanitario di base di Apple;
3. Lei era già un dipendente di Apple quando ha ricevuto il trattamento.

Come richiedo un rimborso per spese mediche relative a un mio familiare?

La prima volta che richiede un rimborso per spese mediche relative al suo familiare, per prima cosa deve registrare il familiare nel suo programma di assicurazione integrativa.

1. Completate il modulo per la registrazione dei familiari a carico e lo inviate a apple.helpline@e.allianz.com. Valuteremo la sua richiesta di registrazione del familiare e lo aggiungeremo alla sua polizza.
2. Una volta registrato nella sua polizza, il familiare può accedere alla copertura nei modi seguenti:
 - per i trattamenti che non richiedono la pre-approvazione, il familiare (o Lei stesso, se il familiare è un minore) può pagare il medico e poi richiedere un rimborso tramite MyHealth (app o portale). Su MyHealth dovrà semplicemente selezionare il nome della persona che riceve il trattamento, fornire alcuni dati sul trattamento, caricare la fattura e l'eventuale documentazione di supporto e premere 'Inviare';
 - per i trattamenti che richiedono la pre-approvazione, inoltri il modulo di garanzia di pagamento insieme all'eventuale documentazione di supporto almeno cinque giorni prima della data del trattamento.

Per maggiori informazioni, veda la sezione "Come usare la sua assicurazione sanitaria integrativa".

Se il mio programma sanitario di base non copre il medicinale o il trattamento di cui ho bisogno, posso farmene rimborsare i costi dall'assicurazione integrativa?

Sì, se il trattamento o la medicina sono coperti dall'assicurazione integrativa e sono a noi considerati necessari dal punto di vista medico. Per farsene rimborsare i costi dall'assicurazione integrativa, deve inviarci insieme alla richiesta di rimborso un documento della sua compagnia assicurativa locale o ufficio della previdenza sociale che indichi che il trattamento o la medicina non è da loro coperto o che il massimale disponibile è stato raggiunto.

Come faccio a dimostrare che ho raggiunto il massimale disponibile di una prestazione o che il mio programma di base non copre una prestazione di cui ho bisogno?

Semplicemente ci invii il documento che la sua compagnia assicurativa locale o ufficio della previdenza sociale le fornirà, e che indica che ha raggiunto il massimale della prestazione o che il trattamento di cui ha bisogno non è coperto dalla sua polizza. Si assicuri che il documento includa anche la data di inizio e rinnovo della sua copertura. Accetteremo il documento in qualsiasi lingua.

Si assicuri di allegare il documento alla richiesta di rimborso o di pre-approvazione che ci invia. Saremo al corrente dei trattamenti che non sono disponibili a livello locale nel luogo in cui vive.

Se non sono sicuro in merito a quali prestazioni sono coperte dal mio programma di base, devo contattare Allianz Care?

No. Il programma assicurativo integrativo è una soluzione aggiuntiva al suo programma sanitario di base, il quale è fornito da una compagnia assicurativa diversa. Per favore, contatti la compagnia assicurativa del programma di base in caso di domande sulla copertura del programma di base.

L'assicurazione integrativa copre gli scoperti e le franchigie a mio carico incluse nel mio programma di base?

No. Il programma integrativo copre solo le prestazioni elencate nell'Elenco delle prestazioni nei seguenti casi:

- quando ha raggiunto il massimale di prestazione nella sua copertura di base;
- quando alcuni elementi della prestazione non sono coperti a livello locale;
- quando il suo programma di base non copre la prestazione richiesta.

Eventuali richieste di rimborso di scoperti e franchigie applicati dalla sua compagnia assicurativa locale non verranno accettate per la lavorazione.

Posso ottenere il rimborso di spese incorse prima della data di inizio del programma?

No, perché l'assicurazione integrativa copre solamente i trattamenti previsti dal programma che Lei riceve non prima della data in cui ha aderito all'assicurazione integrativa e si svolgono nel Paese in cui Lei lavora. Per maggiori informazioni, faccia riferimento al suo portale Apple People.

Se ottengo un rimborso per spese mediche dalla mia assicurazione di base, posso ottenere un rimborso delle stesse dall'assicurazione integrativa?

No. L'assicurazione integrativa inizia a rimborsarla solo quando ha raggiunto il massimale previsto dall'assicurazione di base. Eventuali spese mediche già rimborsate dall'assicurazione di base non verranno pagate anche dall'assicurazione integrativa.

Se la mia assicurazione di base non copre il ricovero e le spese mediche in ospedali privati, li coprirà l'assicurazione integrativa?

No. L'assicurazione integrativa non copre i miglioramenti del suo livello di copertura. Se il trattamento di cui ha bisogno e che è previsto dall'assicurazione integrativa è disponibile solo in ospedali privati, ci contatti per parlare delle opzioni disponibili. A questo scopo, si assicuri di inviarci una copia delle condizioni di polizza della sua compagnia assicurativa locale.

Se un trattamento di cui ho bisogno non è legalmente ottenibile nel mio Paese anche se è coperto dalla mia assicurazione integrativa, posso comunque ricevere il trattamento?

No. Operiamo conformemente alle leggi locali.

Se ho registrato nella mia polizza integrativa anche dei familiari che vivono all'estero, le loro spese mediche saranno coperte dall'assicurazione integrativa?

No. L'assicurazione integrativa copre solo i trattamenti ricevuti nel Paese in cui lavora, quindi i suoi familiari inclusi nella sua polizza sono coperti solo per trattamenti ricevuti nel Paese in cui Lei lavora.

L'assicurazione integrativa continua a essere valida se mi trasferisco in un altro Paese dove l'assicurazione integrativa è offerta?

Sì. Se Lei è incluso nel programma sanitario di base di Apple nel Paese in cui lavora, continuerà ad avere accesso al programma di assicurazione integrativa. Manterrà l'importo non goduto del massimale delle prestazioni.

Se ha delle domande sui Paesi in cui l'assicurazione integrativa è disponibile, contatti la sua azienda.

Cosa succede alla mia assicurazione integrativa se mi trasferisco in un Paese dove non viene offerta l'assicurazione integrativa?

La copertura della sua assicurazione integrativa terminerà nella data in cui Lei si trasferisce nell'altro Paese dove l'assicurazione integrativa non viene offerta.

Per i pagamenti dall'estero verso il mio conto, la mia banca richiede una prova che i fondi da trasferire corrispondono a un rimborso legalmente legittimo proveniente dalla mia assicurazione integrativa. Che documento posso fornire come prova?

Può usare l'estratto conto che le inviamo tutte le volte che evadiamo una sua richiesta di rimborso. L'estratto conto è un documento ufficiale che la sua banca accetterà.

Quali lingue parla la vostra Helpline?

La nostra Helpline fornisce assistenza 24 su 24, 7 giorni su 7, in italiano, inglese, tedesco, francese, spagnolo e portoghese.

Se vuole parlarci in un'altra lingua non elencata sopra, ne informi l'operatore all'inizio della telefonata e coinvolgeremo un interprete.

Inoltre, ricordi che se ha bisogno di assistenza può anche fare riferimento al suo portale Apple People o ancora al nostro portale per gli affiliati: www.allianzcare.com/apple

Accettiamo documentazione proveniente dal suo medico o dalla sua compagnia assicurativa locale in qualsiasi lingua.

Come proteggete i miei dati personali?

L'Informativa sulla protezione dei dati spiega come proteggiamo la sua privacy e come trattiamo i suoi dati. Per consultarla: www.allianzcare.com/it/privacy.html

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

Se ha delle domande su come utilizziamo i suoi dati personali, può sempre contattarci tramite e-mail all'indirizzo: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com


Chi posso contattare per saperne di più sull'assicurazione integrativa?

Per domande sulla copertura e sui rimborsi, contatti la nostra Helpline. Per domande sull'idoneità alla copertura, contatti la sua azienda.

Sapeva di avere accesso a un portale per affiliati?

Abbiamo approntato un portale per gli assicurati dove può trovare tutte le informazioni che l'aiuteranno a utilizzare la sua assicurazione al meglio. Inoltre troverà i seguenti documenti:

- Guida alla sua assicurazione sanitaria integrativa
- Modulo di registrazione familiari a carico
- Domande frequenti (Frequently Asked Questions)
- Recapiti

 Portale per gli assicurati: www.allianzcare.com/apple







Ci contatti pure, siamo qui per assisterla!

Se ha delle domande, non esiti a contattarci ai seguenti recapiti:

- @ E-mail: apple.helpline@e.allianz.com
- ☎ Telefono: Italiano: + 353 1 630 1305
Inglese: + 353 1 630 1301
Tedesco: + 353 1 630 1302
Francese: + 353 1 630 1303
Spagnolo: + 353 1 630 1304
Portoghese: + 353 1 645 4040

Se vuole parlarci in un'altra lingua non elencata sopra, ne informi l'operatore all'inizio della telefonata e coinvolgeremo un interprete.

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

-  www.facebook.com/AllianzCare
-  www.linkedin.com/company/allianz-care
-  www.youtube.com/c/allianzcare
-  www.instagram.com/allianzcare/
-  x.com/AllianzCare
-  www.tiktok.com/@allianzcare