

# Cosa fare se ci si ammala all'estero

## Partecipanti negli USA, Canada o Messico

È necessario contattare One Team Health (OTH) prima di richiedere un trattamento medico, inclusi i trattamenti di pronto soccorso, a meno che non si tratti di un'emergenza potenzialmente letale. Esempi di ciò sono difficoltà respiratorie, emorragia o dolore eccessivi, grave lesione oculare, dolore al petto e gravi ustioni. In caso di emergenza potenzialmente letale, recarsi immediatamente al Pronto Soccorso o chiamare il numero 911.

Contattare OTH chiamando il numero verde negli USA/Canada **1.844.805.9444**; Worldwide Collect - chiamare il numero **1.905.907.0074** o inviare un'e-mail a [oneteamhealth@dhigh.net](mailto:oneteamhealth@dhigh.net)

OTH sottoporrà a triage la Sua situazione medica e, se possibile, La indirizzerà a un fornitore di sanitari facente parte del network Aetna. L'Autorizzazione Preventiva è necessaria per i seguenti servizi. Riduzione del 50% per le spese mediche ammissibili se non vengono soddisfatti i requisiti di Autorizzazione Preventiva fino a una penale massima di \$1.000:

- Ricovero
- Chirurgia ambulatoriale
- Tutte le scansioni TC, PET e di RM
- Aeroambulanza (il servizio di aeroambulanza sarà coordinato dal fornitore del servizio di aeroambulanza dell'Assicurato)
- Trattamenti Specialistici e Farmaci Altamente Specialistici
- Fisioterapia e Servizi di Riabilitazione
- 

Per i seguenti servizi è necessaria l'autorizzazione preventiva. La mancanza di autorizzazione preventiva comporterà il rifiuto del pagamento delle prestazioni: - Trasferimento in ambulanza tra diverse istituzioni mediche; Evacuazione medica e rimpatrio; Restituzione di spoglie mortali; Ricongiungimento familiare come una questione urgente; Compensazione del biglietto di ritorno; Interruzione del viaggio. Contatta OTH chiamando il numero verde USA / Canada +1.844.805.9444; Worldwide Collect: chiama il numero +1.905.907.0074 o invia un'e-mail a [oneteamhealth@dhigh.net](mailto:oneteamhealth@dhigh.net).

## Partecipanti in tutti gli altri paesi ad eccezione degli Stati Uniti, Canada e Messico

I partecipanti al di fuori degli Stati Uniti/Canada /Messico devono contattare **Coris Assistance SRL** per assistenza, e **NON OTH**. Europ Assist International - numero verde **1.833.982.1333** o inviare un'e-mail a [corisclaims@dhigh.net](mailto:corisclaims@dhigh.net)

Il Suo piano assicurativo prevede la libera scelta di ospedali, ambulatori o medici. Tuttavia, prima di richiedere delle cure mediche, è indispensabile chiamare sempre Coris Assistance SRL per fare in modo che possa coordinare il Suo caso con il medico o specialista. Tramite Coris Assistance SRL potrà ricevere raccomandazioni e consigli sulle strutture mediche situati nell'area in cui Lei risiede. **L'autorizzazione preventiva è necessaria in tutti i Paesi, così come spiegato in precedenza!**

## Trattamento di Pronto Soccorso (solo negli USA)

Negli USA, si deve recare al Pronto Soccorso solo in caso di un incidente o malattia potenzialmente letale quali, per esempio: lesioni alla testa, dolore al petto, perdita di conoscenza, difficoltà respiratorie, convulsioni, emorragia o dolore eccessivi. Condizioni non pericolose per la vita come: infortuni sportivi, mal di gola, ferite di piccola entità, raffreddore, influenza, stiramenti e distorsioni, infezioni del tratto urinario, mal d'orecchio, fratture semplici, lievi bruciate, vanno trattati a un ambulatorio infermieristico, un ambulatorio "walk-in" o ambulatorio per cure urgenti. Per reperire un ambulatorio per cure urgenti:

[http://www.aetna.com/dse/search?site\\_id=passport](http://www.aetna.com/dse/search?site_id=passport)

(fare clic sul link "Centri per cure urgenti" alla sezione "Fornitori").

One Team Health (OTH) La aiuterà anche a reperire un fornitore di servizi sanitari adeguato. Si ribadisce che è necessario chiamare prima OTH per essere indirizzati.

Si tenga presente che:

**Tutte le condizioni mediche preesistenti sono escluse dalla copertura con questa polizza.**

**Per condizione preesistente si intende una lesione, malattia, patologia o altra condizione di cui si avevano i sintomi o che era stata diagnosticata durante i 6 mesi precedenti alla data di partenza.**

ESECUTIVE

## Educatius USA / Educatius Europe

Piano di assicurazione di viaggio del gruppo: **EliteLB / Elite50LB**

Numero di polizza: si prega di vedere la Sua carta tessera assicurativa

La presente polizza è stata firmata da Bulstrad Life Vienna Insurance Group JSC. Bulstrad Life ha un rating A + secondo Standard & Poors (con una prospettiva stabile). Il titolare della copertura è Daily Health Insurance Group (dhigh GmbH) e i servizi di supporto sono forniti da One Health Team (OHT) o Coris Assistance SRL, a seconda del paese ospitante.

**Il presente è solo un riepilogo. Per i dettagli completi, consultare il documento della polizza. Informazioni su coperture mediche aggiuntive non mediche, quali la responsabilità, possono essere reperite effettuando l'accesso all'area MyInsurance, così come indicato nella copertina del presente opuscolo.**

Per accedere alle Sue informazioni assicurative complete, incluse la tessera assicurativa e le istruzioni per le richieste di indennizzo, effettuare l'accesso all'area MyInsurance all'indirizzo:

[www.esecutive.com/MyInsurance](http://www.esecutive.com/MyInsurance)

Per creare un account sono necessari i seguenti dati:

- Cognome
- Nome
- Numero di certificato/polizza
- Data di nascita



# Prospetto dei benefici

tutti i benefici indicati sono in dollari americani

I benefici saranno corrisposti su base ragionevole, usuale e consueta o in base alla negoziazione con i fornitori convenzionati. Soggetti a esclusioni, limitazioni e condizioni della polizza, per i costi indicati, qualora siano:

- Incurred as a result of sickness or accidental bodily injury, under the care of a Physician; and
- Medically Necessary and
- Ordered by a Physician and
- Delivered in an appropriate medical setting.

**Importo assicurato per persona per incidente o malattia: 2,000,000 USD**  
**Franchigia: 0 / 50 USD**

Coassicurazione: 100% dei costi ragionevoli, usuali e consueti (URC, Usual, Reasonable & Customary) o della parcella del Fornitore Preferenziale, qualora ci si rivolga a un Fornitore convenzionato  
Termini di pagamento: In eccedenza

Condizioni preesistenti: Non coperte (soggette a indagini a ritroso di 6 mesi, vedi definizione)

## COPERTURA DEI BENEFICI

Beneficio per stanza di degenza, pasti e spese varie:	100% dei costi URC
• Soggetto alla tariffa per camera semi-privata	
Beneficio per terapia intensiva e unità coronarica	100% dei costi URC
Beneficio per spese ospedaliere varie	100% dei costi URC
Benefici per la spesa del chirurgo (in regime di ricovero o ambulatoriale)	100% dei costi URC
Beneficio per l'assistente chirurgo	100% dei costi URC
Beneficio per esami pre-ricovero	100% dei costi URC
Beneficio per l'anestesia	100% dei costi URC
Beneficio per spese varie in day surgery	100% dei costi URC
Beneficio per esami radiologici e di laboratorio	100% dei costi URC
Beneficio per ambulanza	100% dei costi URC
Beneficio per visita medica (in regime di ricovero)	100% dei costi URC
Beneficio per visita medica (in regime ambulatoriale)	100% dei costi URC
Beneficio per consulente medico	100% dei costi URC
Beneficio per radio- e chemioterapia	100% dei costi URC
Beneficio per Pronto Soccorso	100% dei costi URC, soggetto a una quota a carico dell'assistito
• Il triage è obbligatorio	
• La quota di pagamento a carico dell'assistito è applicabile solo per i servizi resi negli Stati Uniti	
Beneficio per spese dentali di emergenza	100% dei costi URC
Cure dentali palliative	100% dei costi URC, fino a un massimo di \$ 200 per dente
Beneficio per spese fisioterapiche - Regime di ricovero	100% dei costi URC
Beneficio per spese fisioterapiche - Regime ambulatoriale	100% dei costi URC, fino a un massimo di \$ 2.500
Beneficio per spese per attrezzatura medica durevole	100% dei costi URC
Beneficio per farmaci su prescrizione	100% dei costi URC
Beneficio per condizioni mentali e nervose	Regime di ricovero: pagabile all'80% dei costi URC fino a \$ 25.000, fino a un massimo di 40 giorni. Regime ambulatoriale: pagabile all'80% dei costi URC, fino a un massimo di \$ 5.000
Trattamento di emergenza di una condizione preesistente	100% dei costi URC, fino a un massimo di \$ 10.000 per periodo di validità della Polizza
Perdita di bagagli	100% dei costi URC, fino a un massimo di \$ 500 per periodo di validità della Polizza
Evacuazione medica di emergenza, rimpatrio medico*	A 250 000 \$ al massimo
Riscarcimento per la restituzione di resti mortali *	A 25 000 \$ al massimo
Ricongiungimento familiare urgente*	Come indicato di seguito nella presente polizza
Beneficio per biglietto di ritorno*	100% dei costi URC, fino a un massimo di \$ 5.000 per periodo di validità della Polizza
Beneficio per l'interruzione del viaggio*	Come indicato di seguito nella presente polizza

\*Si prega di consultare la polizza, parte 1B, per ulteriori dettagli

## Morte accidentale e perdita degli arti

Somma totale: **\$15,000**  
((Indennità caso morte massima pagabile non deve superare \$5.000 per una persona assicurata di età 17 o più giovane)  
Limite aggregato: **\$500,000**

Perdita di:	Indennità (Percentuale della somma totale)
Perdita della vita	100%
Perdita di entrambe le mani	100%
Perdita di entrambi i piedi	100%
Perdita della vista di entrambi gli occhi	100%
Perdita una mano e di un piede	100%
Perdita di una mano	50%
Perdita di un piede	50%
Perdita della vista di un occhio	50%
Perdita del pollice e indice della stessa mano	25%

**Per una rappresentazione dettagliata, comprese tutte le restrizioni e le esenzioni, leggere i termini e le condizioni dettagliati di assicurazione.**

# Eccezioni ed esclusioni

A meno che non sia specificamente previsto altrove nella Polizza, il Piano non off re benefici ci, né viene addebitato alcun premio, per qualsiasi Trattamento Medico non espressamente indicato nella sezione Spese ammissibili. Per maggiore chiarezza, si tenga presente che il Piano non off re benefici ci, né viene addebitato alcun premio, per:

1. Trattamento Medico ricevuto dall'Assicurato presso il suo Paese di origine o nel Paese di residenza abituale;
2. Trattamento medico ricevuto a causa di una Condizione Preesistente o complicità della stessa;
3. Trattamento Medico non Necessario dal Punto di Vista Medico, così come definito nella Polizza;
4. Costi in eccedenza rispetto a quelli Ragionevoli, Usuali e Consueti;
5. Spese Rimborsabili da un'Altra Entità: servizi, presidi o trattamenti forniti da o il cui pagamento è disponibile da parte di: a. Leggi sull'indennizzo dei lavoratori, leggi sulle Malattie Professionali o leggi simili riguardanti condizioni correlate al lavoro di altri Paesi;
6. Altra compagnia assicurativa o governo; c. Un'entità governativa a causa di un'epidemia o emergenza pubblica;
6. Apparecchi acustici, occhiali o lenti a contatto e l'adattamento o la manutenzione degli stessi, esami o prescrizioni tranne nel caso in cui la Polizza debba coprire queste spese qualora la necessità di tali presidi sia una conseguenza diretta di una Lesione o chirurgia oculistica coperta;
7. Dispositivi anticoncezionali e procedure chirurgiche, o qualsiasi farmaco o trattamento che promuova o prevenga il concepimento, o impedisca la nascita, inclusi, a titolo indicativo ma non esaustivo, inseminazione artificiale, trattamento per infertilità o impotenza, legatura delle tube, vasectomia, sterilizzazione o inversione della stessa;
8. Chirurgia elettiva o preventiva a qualsiasi Trattamento Medico correlato a un trattamento chirurgico elettivo o preventivo, compresi, ma in nessun modo limitati a, mastoplastica riduttiva o additiva, circoncisione, titolo anticorpale per immunizzazione, test allergologici, antifosine, o correzione o trattamento per deviazione del setto;
9. Chirurgia cosmetica, plastica, ricostruttiva o restaurativa, a meno che queste siano spese Ammissibili sostenute per la riparazione di una deturpazione causata da: a. Una Lesione Coperta; b. Un difetto genetico di un Familiare a Carico Idoneo, nato mentre la madre era assicurata con questa Polizza; o c. Una mastectomia (consultare le disposizioni per la Copertura Post Mastectomia);
10. Trattamento Medico correlato a trapianto d'organo, sia esso come donatore o ricevente; sono incluse le spese sostenute per il processo di valutazione, l'intervento di trapianto, il trattamento postoperatorio e le spese sostenute per ottenere, preservare o trasportare un donatore d'organo. In relazione a trapianto di midollo osseo o di cellule staminali, questa esclusione include i costi di prelievo e mobilitazione;
11. Trattamento Medico per lesioni sostenute nel corso dell'allenamento per o per la partecipazione a sport professionali o semiprofessionali; o nel corso dell'allenamento per o per la partecipazione a sport interscolastici o interuniversitari in eccedenza rispetto ai benefici ci disposti in altre parti della presente copertura, se del caso;
12. Guerra o qualsiasi atto di guerra, dichiarato o non dichiarato o il Commissionamento o tentativo di commettere un attacco o un crimine, o che si verifichi mentre si è impegnati in un'occupazione illegale; o la partecipazione Volontaria e attiva a una guerra civile, sommossa, ribellione, insurrezione o rivoluzione; o partecipazione alle forze armate, alla guardia nazionale, a servizi militari, navali o aerei;
13. Trattamento Medico quale conseguenza di viaggi aerei o aeronautici, a eccezione di quando si viaggi come passeggero/a su un volo regolarmente programmato di una compagnia aerea commerciale;
14. Suicidio, tentativo di suicidio (inclusa overdose), autodistruzione, tentativo di autodistruzione o Lesione intenzionalmente autoinflitta in condizioni di sanità o insanità mentale;
15. Trattamento Medico per Lesioni sostenute prendendoparte ad attività: alpinismo; parapendio; paracadutismo; bungee jumping; corse a cavallo, automobilistiche o in moto; corse in motocicletta/motorino o con qualsiasi altro motore veicolo a due o tre ruote; immersioni subacquee con respiratore, a meno che non si sia certificati PADI o NAUI; sci d'acqua; speleologia; paracadutismo ascensionale.
16. Trattamento Medico per Lesioni o Malattia sostenute come conseguenza di incidente automobilistico o motociclistico a. nella misura in cui i benefici ci siano pagati o pagabili da qualsiasi altra assicurazione valida, indipendentemente dal fatto che venga presentata o meno una richiesta per tali benefici ci b. qualora l'Assicurato stesse operando l'autoveicolo o il motoveicolo in stato di ebbrezza in base alle leggi dello stato in cui si è verificato l'incidente c. qualora l'Assicurato stesse operando l'autoveicolo o il motoveicolo senza patente o licenza di guida riconosciuti dalle leggi dello stato in cui si è verificato l'incidente d. qualora l'Assicurato stesse operando l'autoveicolo o il motoveicolo conformemente alle restrizioni della patente o licenza di guida;
17. Trattamento Medico per Lesioni o Malattie derivanti da stato di ebbrezza o dall'uso di droghe illegali o di qualsiasi droga o farmaco non assunti intenzionalmente dall'Assicurato nel dosaggio raccomandato dal produttore o per lo scopo prescritto dal Medico dell'Assicurato;
18. Costi sostenuti per Interventi Chirurgici o trattamenti sperimentali o per scopi di ricerca o per Composti, Specialità e farmaci Sperimentali;
19. Trattamento Medico per obesità, compresi la chirurgia bariatrica e anoressizzanti;
20. Trattamento Medico correlato a interventi chirurgici di riassegnazione di genere o di reversione degli stessi;
21. Medicina genetica, test genetici, test di sorveglianza e/o procedure di screening per condizioni geneticamente predisposte indicate dalla medicina genetica o test genetici, inclusi ma non limitati ad amniocentesi, screening genetico, valutazione del rischio, interventi preventivi e profi lattici raccomandati in base a test genetici e/o qualsiasi procedura impiegata per determinare la predisposizione genetica, fornire consulenza genetica o per la somministrazione di terapia genica;
22. Trattamento medico per la diagnosi e gli esami per o correlati a qualsiasi disabilità di apprendimento o condizione congenita, escluse le condizioni congenite di bambini il cui parto sia coperto dalla presente assicurazione;
23. Spese sostenute per un Incidente o Malattia verifi catisi oltre il Periodo di Validità della Polizza indicato nel Prospetto dei Benefici ci o sostenute dopo la data di scadenza della copertura;
24. Controlli medici di routine, esami fisici o medici di routine, visite mediche per attività sportive, screening ginecologici, mammografi e basali o di screening, esami della prostata e/o colorettrali e relativi test di laboratorio, check-up annuali, vaccinazioni indicate nel Programma di Vaccinazioni Raccomandato dai Centri per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie e test per la tubercolosi in eccedenza rispetto ai benefici ci disposti in altre parti della presente copertura, se del caso;
25. Esposizione dell'Assicurato all'Utilizzo di Armi Nucleari, Chimiche o Biologiche di Distruzione di Massa;
26. Benefici ci per l'arruolamento al solo scopo di ottenere trattamenti medici, mentre in lista di attesa per un trattamento specifici co o in corso di viaggio contro il parere del Medico;
27. Gravidanza e maternità: a. tutti i costi relativi alla gravidanza, inclusi ma non limitati a cure prenatali, parto, aborto spontaneo, aborto, parto prematuro e tutte le complicazioni legate alla madre o al bambino; b. corsi di maternità o parto, c. taglio cesareo elettivo, d. cura o trattamento di una persona che funge da madre surrogata;
28. AIDS/HIV: sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), complesso di sintomi in relazione all'AIDS (ARC), infezione da HIV e tutte le patologie secondarie;
29. Alcol e abuso di alcol: a. Trattamento correlato alla disintossicazione, riabilitazione e tutti i servizi di supporto; b. Trattamento per qualsiasi Malattia o Lesione derivante direttamente o indirettamente dall'abuso di alcol o droghe illegali o altre dipendenze, o qualsiasi farmaco o medicinale non assunto nel dosaggio o per lo scopo prescritto;
30. Lungodegenza: tutte le spese relative alla lungodegenza in una struttura per lungodegenza;
31. Hospice: servizi palliativi e di supporto per Assicurati malati terminali e le loro famiglie;
32. Farmaci da banco e farmaci non soggetti a prescrizione: farmaci da banco o farmaci o dispositivi medici non soggetti a prescrizione, anche se raccomandati da un medico, inclusi a titolo indicativo ma non esaustivo: a. Dipendenza da tabacco | b. Prodotti per calo ponderale o soppressori dell'appetito | c. Farmaci cosmetici, anche se prescritti per scopi non cosmetici | d. Farmaci per acne e rosacea (compresi ormoni e Retin-A), ad eccezione dell'acne cistica o pustolare, vitamine, integratori o erbe;
33. Articoli per il comfort e la convenienza personale: spese per articoli che vengono forniti a solo scopo di comfort o convenienza personale quali televisori, camere private, servizi di pulizia, pasti e sistemazioni per ospiti, diete speciali, spese telefoniche e articoli da portare a casa;
34. Cure podiatriche: cura dei piedi di routine, calzature ortopediche o altri dispositivi di supporto, quali supporti per arco plantare, dispositivi ortesici o altri servizi o articoli di prevenzione per il trattamento del piede debole, affaticato, o in caso si appiattimento dell'arcata plantare;
35. Ricerca e salvataggio: qualsiasi spesa relativa a operazioni di ricerca e salvataggio per trovare un Partecipante al Piano disperso in montagna, mare, deserto, giungla o località remote simili comprese le spese di salvataggio aereo/marino per l'evacuazione a terra da un'imbarcazione o dal mare;
36. Disfunzioni sessuali: qualsiasi procedura, articolo o farmaco impiegato per il trattamento del potenziamento sessuale maschile o femminile o disfunzioni sessuali quali disfunzione erettile, eiaculazione precoce e altre condizioni simili;
37. Studi sul sonno: studi sul sonno e altri trattamenti relativi all'apnea notturna;
38. Cessazione del fumo: trattamenti, siano essi raccomandati o meno da un medico;