

**POLIZZA H
POLIZZA H FAMILY
POLIZZA H PLUS
POLIZZA H PLUS FAMILY**

**ASSICURAZIONI
RIMBORSO SPESE
MEDICHE IN CASO
DI RICOVERO**



La tua salute ci sta a cuore.

Guarire presto e bene, con le cure migliori in un ospedale pubblico, in una clinica privata oppure in Day Hospital. Informati sulla protezione che ti accompagna in tutto il mondo.

www.volksbank.it

 **Volksbank**

Paolo lavora in un'autofficina. Un giorno avverte un forte dolore alla schiena. È necessario un intervento chirurgico.

Nell'ospedale di sua scelta Paolo viene operato immediatamente da un famoso specialista e subito dopo intraprende un adeguato ciclo di fisioterapia. La convalescenza procede bene e Paolo torna al lavoro senza avvertire più alcun dolore.

Grazie a «Polizza H plus» Paolo non ha dovuto provvedere a pagare di tasca propria esami diagnostici, intervento chirurgico, fisioterapia, camera singola e visite di controllo. E non ha nemmeno dovuto preoccuparsi di pagare tutto in anticipo: l'assicurazione ha versato l'importo richiesto direttamente alla clinica convenzionata con la deduzione della franchigia.

Nessuno va volentieri in ospedale. Ma può succedere a chiunque di noi. Con una buona assicurazione come «Polizza H» o «Polizza H plus» puoi guarire in completa serenità.



CHECK

In caso di emergenza preferiresti poter scegliere liberamente tra un ospedale pubblico e uno privato, in qualsiasi parte del mondo ti trovi?

SÌ NO

Ti piacerebbe evitare lunghe attese in ospedale e beneficiare subito di un intervento medico-specialistico, che reputi necessario, versando un contributo minimo rispetto alla spesa totale?

SÌ NO

Talvolta una lunga degenza in ospedale è inevitabile: un'eventualità che può avere come conseguenza una perdita di reddito. Se potessi ricevere una diaria ti sentiresti più tranquillo dal punto di vista finanziario?

SÌ NO

Saresti più sereno se potessi usufruire di un rimborso spese sia pre ricovero (accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici) che post ricovero (prestazioni mediche, esami e terapie di recupero)?

SÌ NO

Medico d'urgenza 24 ore su 24, secondo parere di un medico specialista, trasferimento in un ospedale specializzato, viaggio/soggiorno di un accompagnatore di tua scelta, rimpatrio sanitario ecc. Per te questo tipo di servizi e la copertura delle relative spese sono importanti?

SÌ NO

PERCHÉ PROTEGGERSI?

Di solito gli ospedali pubblici forniscono prestazioni rapide solo per i casi urgenti, mentre per altri interventi sanitari obbligano i pazienti **a lunghi tempi di attesa**. Inoltre, l'assistenza sanitaria statale copre solo i costi base. Per questo è utile disporre di una valida alternativa: puoi farti curare **dagli specialisti scelti da te, senza doverti preoccupare dei relativi costi**. E se non devi sostenere le spese perché sei ricoverato in un ospedale pubblico, ti verrà **rimborsata una diaria**.

COSA COPRE L'ASSICURAZIONE MALATTIA «POLIZZA H» / «POLIZZA H PLUS»?

Per **degenze** di almeno una notte in un **ospedale pubblico o privato** conseguenti a infortunio o malattia (anche in caso di pandemia) hai diritto, sia con la «Polizza H» che con la «Polizza H plus», **al rimborso delle spese mediche o a un'indennità giornaliera**.

La «Polizza H plus» copre inoltre **interventi chirurgici e terapie oncologiche in Day Hospital**.

Attraverso la sottoscrizione dei prodotti «Polizza H Family» e «Polizza H plus Family», la copertura può essere estesa a tutti i membri della famiglia (cioè alle persone registrate sullo stato di famiglia o a carico dell'assicurato).

I massimali di garanzia previsti si intendono dimezzati a partire dal giorno del 70° compleanno.

CHI PUÒ ASSICURARSI

Tutte le **persone** residenti in **Italia**. È possibile aderire fino al giorno del compimento del 75° anno di età.

LE PRESTAZIONI ASSICURATIVE IN DETTAGLIO

È possibile permanere in copertura fino al giorno del compimento dell'85° anno di età.

Copertura assicurativa in caso di infortunio o malattia in tutto il mondo 24 ore su 24.

Da tre familiari:
stessi benefici a un
prezzo di favore!

«POLIZZA H» e «POLIZZA H PLUS»	INFO
<p>SCELTA TRA RIMBORSO DELLE SPESE OPPURE DI UNA DIARIA IN CASO DI DEGENZA IN OSPEDALE PRIVATO O PUBBLICO – MINIMO 1 NOTTE</p> <ul style="list-style-type: none">• Rimborso delle spese<ul style="list-style-type: none">• fino a 50.000 €/anno o• fino a 150.000 €/anno in caso di importanti interventi chirurgici (oltre i 70 anni di età: gli importi si intendono dimezzati) comprensivo di:<ul style="list-style-type: none">• indagini diagnostiche, anche in strutture esterne all'ospedale (inclusi gli onorari dei medici) e fino a 90 giorni prima del ricovero• cure e visite mediche fino a 90 giorni dopo la dimissione dall'ospedale• cure fisioterapiche, riabilitative e termali fino a 2.000 €/anno (escluse spese di viaggio e alberghiere) sostenute nei 90 giorni successivi al ricovero <p>Il rimborso diretto (liquidazione delle spese da parte della compagnia assicurativa alla clinica) è previsto solo per le spese di ricovero in qualsiasi clinica convenzionata in Italia e all'estero. Le spese pre e post ricovero vengono rimborsate direttamente all'assicurato.</p> <ul style="list-style-type: none">• Indennità giornaliera<ul style="list-style-type: none">• 65 € per max. 300 giorni/anno, oppure• 130 € per max. 300 giorni/anno in caso di interventi chirurgici importanti (a partire dal giorno del 70° compleanno, gli importi vengono dimezzati – per max. 300 giorni/anno) <p>In caso di parto naturale o interruzione di gravidanza l'indennità viene corrisposta per max. 7 giorni</p> <p>ASSISTENZA: 21 prestazioni aggiuntive come per esempio medico d'urgenza 24 ore su 24 e copertura dei costi per: secondo parere di un medico specialista (second opinion), traduzione della documentazione medica, interprete all'estero, trasferimento in un centro ospedaliero di alta specializzazione, rimpatrio sanitario, rimpatrio figli minori, accompagnamento di un familiare, assistenza in caso di infortunio con diagnosi di almeno 7 giorni di inabilità (temporary inability care), trasferimento/rimpatrio salma.</p>	<p>FRANCHIGIA</p> <p>opzione rimborso spese:</p> <ul style="list-style-type: none">• per cure in Italia 10%, min. 500 €• per cure all'estero 20%, min. 750 € <p>opzione diaria:</p> <ul style="list-style-type: none">• per il primo sinistro in un anno: 1 giorno• a partire dal secondo sinistro verificatosi nel corso dello stesso anno solare: 2 giorni• in caso di parto naturale o interruzione di gravidanza: max. 7 giorni <p>Il giorno del ricovero e quello della dimissione sono conteggiati complessivamente come 1 giorno</p> <p>PERIODO DI CARENZA</p> <ul style="list-style-type: none">• in caso di infortunio: nessuno• in caso di malattie di nuova insorgenza: 60 giorni• per parto e malattie collegate alla gravidanza: 300 giorni• per malattie già esistenti prima della stipula del contratto assicurativo: 365 giorni
Prestazioni aggiuntive con «POLIZZA H PLUS»	INFO
<p>RIMBORSO DELLE SPESE IN CASO DI CURE IN DAY HOSPITAL per gli interventi chirurgici e le terapie oncologiche</p> <ul style="list-style-type: none">• fino a 5.000 €/anno in cliniche non convenzionate• fino a 7.500 €/anno in cliniche convenzionate (a partire dal giorno del 70° compleanno, gli importi vengono dimezzati) <p>Vengono rimborsate solamente le spese sostenute durante il ricovero e non quelle precedenti e successive al ricovero (spese pre e post ricovero).</p>	<p>FRANCHIGIA</p> <ul style="list-style-type: none">• cure in una clinica convenzionata: 10%, min. 250 €• cure in una clinica non convenzionata: 20%, min. 500 € <p>PERIODO DI CARENZA 180 giorni</p>
«POLIZZA H – FAMILY» o «POLIZZA H PLUS – FAMILY»	INFO
<p>Una polizza di assicurazione per tutti i membri della famiglia: min. 2, max. 7 persone.</p> <p>Ogni persona assicurata beneficia di tutte le prestazioni assicurative e della copertura completa di «Polizza H» o «Polizza H plus» (vedi sopra). Questo significa che eventuali sinistri non sono cumulati con i pagamenti effettuati per le altre persone comprese nella stessa polizza.</p>	<p>FRANCHIGIA E PERIODO DI CARENZA per ciascuna persona assicurata: vedi «Polizza H» o «Polizza H plus»</p>

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Requisiti di sottoscrizione: essere correntista Volksbank.

Pagamento del premio: addebito diretto mensile sul c/c Volksbank.

Diritto di ripensamento: l'aderente ha diritto di recedere entro 15 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di adesione.

Durata della polizza: la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 della data indicata nel contratto, sempre il primo del mese. La durata è di mesi uno senza tacito rinnovo, fatta salva la possibilità dell'aderente di prorogare la scadenza di mese in mese mediante il pagamento del premio mensile successivo. La polizza si estingue e la copertura cessa in caso di mancato pagamento del premio, di chiusura del conto corrente collegato o per richiesta di disdetta che annulla l'ordine di pagamento diretto.



DOMANDE FREQUENTI

CHI NON PUÒ ASSICURARSI?

Chiunque sia affetto da alcolismo, tossicodipendenza e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

PER L'ASSICURAZIONE È NECESSARIO COMPILARE UN QUESTIONARIO MEDICO?

No, non è necessario compilare o presentare alcun questionario medico.

COSA È ESCLUSO DALLA COPERTURA ASSICURATIVA?

Non sono coperte per esempio le cure odontoiatriche o le conseguenze di un infortunio avvenuto prima della stipula dell'assicurazione. Sono escluse anche le prestazioni di medicina preventiva, per esempio analisi o check-up. Tutti i casi di esclusione sono riportati in dettaglio nel Set informativo di Allianz S.p.A. Il Set informativo ti verrà consegnato dal tuo consulente Volksbank: ricordati di leggerlo attentamente.

COME SI EFFETTUA LA DENUNCIA DEL SINISTRO?

La comunicazione del sinistro deve essere effettuata tramite Volksbank.

COME FARE PER USUFRUIRE DEL RIMBORSO SPESE DIRETTO IN UNA CLINICA CONVENZIONATA?

L'assicurato o una persona da lui incaricata deve contattare in anticipo il servizio «Clinica Amica» (contatti: vedasi Set Informativo oppure www.volksbank.it), aprire un sinistro e inviare tutti i documenti che ha già a disposizione. Nel corso della chiamata viene verificato se il sinistro beneficia della copertura assicurativa. In caso di esito positivo sarà necessario fornire in seguito tutti i documenti e le fatture emesse successivamente. Le fatture pre e post ricovero devono essere inviate a salute.allianz.com.

DOVE SONO ELENATE LE CLINICHE CONVENZIONATE?

L'elenco completo delle cliniche presenti in Italia, che rientrano nella convenzione Allianz/Clinica Amica, è consultabile alla pagina geolocator.allianz.it/ricerca/clinica-amica

È POSSIBILE INCLUDERE O ESCLUDERE DALLA POLIZZA FAMILY UNA O PIÙ PERSONE IN UN SECONDO MOMENTO?

Se in un secondo momento si desidera includere altre persone nell'assicurazione, sarà sufficiente integrare i nuovi assicurati nel contratto esistente. Il periodo di carenza per le nuove persone registrate è calcolato dal primo giorno del mese seguente (per esempio, se una persona viene aggiunta il 10 aprile il periodo di carenza decorre dal 1° maggio); per le persone già assicurate il periodo di carenza resta invariato.

Se una persona viene esclusa dal contratto, sarà sufficiente toglierla dal contratto esistente. La persona esclusa non sarà più coperta da assicurazione a partire dal primo giorno del mese seguente. Per tutte le altre persone le condizioni restano invariate, compreso il periodo di carenza.

È POSSIBILE MODIFICARE IL PIANO SCELTO ED ESTENDERE LA POLIZZA ALLA VERSIONE «FAMILY»?

In caso di variazione dello stato di famiglia (es. matrimonio o nuova nascita) sarà possibile richiedere la modifica del piano in corso (da «Polizza H» a «Polizza H Family» o da «Polizza H plus» a «Polizza H plus Family»). Tale modifica avrà effetto a partire dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è avvenuta la variazione. Nel caso in cui la comunicazione avvenga oltre il termine sopra indicato, la variazione sarà effettiva dal primo giorno del mese successivo alla data di comunicazione. Il periodo di carenza per i nuovi componenti è calcolato dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è avvenuta la variazione.

È POSSIBILE PASSARE DALLA «POLIZZA H» ALLA «POLIZZA H PLUS», ANCHE NELLE VERSIONI «FAMILY»?

Sì, in qualsiasi momento.

È POSSIBILE PASSARE DALLA «POLIZZA H PLUS» ALLA «POLIZZA H», ANCHE NELLE VERSIONI «FAMILY»?

Sì, a condizione della permanenza nella «Polizza H» per almeno 12 mesi.

I nostri collaboratori nella tua filiale Volksbank saranno lieti di fornirti tutta l'assistenza del caso. Per un appuntamento con un consulente puoi rivolgerti anche al nostro Contact Center al numero verde 800 585 600, contact@volksbank.it.

Messaggio pubblicitario con finalità promozionali. «Polizza H», «Polizza H Family», «Polizza H plus» e «Polizza H plus Family» sono prodotti assicurativi emessi da Allianz S.p.A. e distribuiti da Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. Prima dell'adesione leggere i Set Informativi disponibili presso le filiali e il sito internet della Banca www.volksbank.it e della Compagnia www.allianz.it

