

**POLIZZA INTEGRATIVA PER IL RIMBORSO DELLE SPESE DI  
CURA  
per Malattia o Infortunio**

In caso di malattia/infortunio l'Assistente di Volo è coperto da polizza assicurativa sia che si avvalga di strutture pubbliche che di istituti di cura privati, compreso il trattamento di day hospital.

A) In caso di ricovero in ospedale, a totale carico del SSN con o senza intervento chirurgico, l'assicurato ha diritto ad una **INDENNITA' GIORNALIERA** per ciascun giorno di ricovero **pari a € 150,00 con una franchigia relativa di n. 2 giorni** ( 2 notti ), ovvero per ogni ricovero superiore alle due notti viene pagata l'indennità giornaliera dal primo giorno e fino a concorrenza massima di 75 gg. di ricovero per anno. La franchigia di cui sopra non sarà applicata nel caso di ricovero per parto.

In ALTERNATIVA della diaria si può richiedere il rimborso delle spese per accertamenti diagnostici nei 90 giorni precedenti il ricovero compresi gli onorari medici.

- trasporto dell'assicurato in ambulanza all'Istituto di cura o all'Ambulatorio e viceversa;
- esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) nei novanta giorni post ricovero

A tale rimborso si dovrà sempre detrarre franchigia fissa di € 465,00 più uno scoperto del 10% sul rimanente.

B) In caso di ricovero non a totale carico del SSN presso un istituto di cura pubblico o privato, con o senza intervento chirurgico, o in caso di intervento chirurgico in ambulatorio/day hospital all'assicurato è dovuto il rimborso di tutte le spese documentate con un **massimale per persona e per anno assicurativo fissato in € 60.000,00**. in caso di ricovero con conseguente **GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO**, il **massimale per persona e per anno assicurativo si intende raddoppiato con un limite di € 120.000,00**. Con l' applicazione o meno di franchigia secondo le modalità qui di seguito riportate:

1) PER RICOVERI IN ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI CON CLINICA AMICA

All'assicurato verranno rimborsate tutte le spese documentate con l'applicazione di una franchigia assoluta di € 700,00 più uno scoperto del 10% sull'importo rimanente.

2) PER RICOVERI IN ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI CON CLINICA AMICA

In caso di ricovero presso un Istituto di Cura convenzionato, La Società provvederà ad effettuare il pagamento diretto all'istituto di cura di tutte le spese sanitarie sostenute durante il ricovero. Qualora il ricovero si protragga per un periodo inferiore ai tre giorni (tre notti) il pagamento diretto all'Istituto di cura di cui sopra verrà riconosciuto previa l'applicazione di una franchigia di EURO 700,00 (Settecento/00). Tale importo resterà a carico dell'assicurato interessato che dovrà provvedere al pagamento diretto dello stesso a favore dell'Istituto di cura.

3) PER RICOVERI IN ISTITUTI DI CURA PARZIALMENTE CONVENZIONATI CON CLINICA AMICA

In caso di un ricovero presso un Istituto di Cura convenzionato che comporti un intervento chirurgico eseguito da un'équipe operatoria non convenzionata, La Società:

1. Pagherà direttamente all'Istituto di Cura le spese sanitarie relative al ricovero;
2. Rimborserà all'assicurato le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni di dette équipe, previa applicazione per evento di una franchigia assoluta di € 465,00 più uno scoperto del 10% sull'importo rimanente.

4) IN CASO DI DAY HOSPITAL

**In caso di day hospital** senza pernottamento o intervento chirurgico ambulatoriale il rimborso verrà effettuato con una franchigia assoluta di € 500,00.

C) **La garanzia assicurativa viene estesa al PARTO :**

- ❖ Le spese del PARTO FISIOLÓGICO vengono rimborsate con un massimale di € 775,00. E' comunque escluso il rimborso per le spese sostenute dal cliente prima e dopo il parto e quelle sostenute per il neonato.
- ❖ Essendo il PARTO CESAREO equiparato ad un qualsiasi intervento chirurgico, le spese relative vengono rimborsate con la medesima modalità di quest'ultimo. E' comunque escluso il rimborso per le spese sostenute dal cliente prima e dopo il parto e quelle sostenute per il neonato.

D) **LA POLIZZA ASSICURATIVA COPRE INOLTRE LE SPESE DERIVANTI DA:**

1. **Accertamenti diagnostici** (compresi gli onorari medici) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura o dell'ambulatorio nei 90 giorni precedenti il ricovero o l'intervento chirurgico in ambulatorio/day hospital. Tale rimborso è escluso per il parto.
2. **Trasporto dell'assicurato** in ambulanza all'istituto di cura o all'ambulatorio e viceversa.
3. **Esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali** (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), nei 90 giorni successivi al ricovero in Istituto di Cura o all'intervento chirurgico in ambulatorio/day hospital.  
Tale rimborso è escluso per il parto.

L'onere a carico delle Società si intende fissato al 30% del massimale assicurato con un massimo di Euro 8.000,00 (Ottomila/00) con l'applicazione della franchigia e scoperto previsti nei punti precedenti.

**ESCLUSIONI**

non sono previsti risarcimenti dalla Società assicuratrice per le seguenti patologie:

- 1) Le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- 2) Le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- 3) Gli infortuni derivanti da sport aerei o dalla partecipazione a corse motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura); subiti in stato di ubriachezza o in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'assicurato,

intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'assicurato;

- 4) Le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- 5) Le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- 6) Le cure dentarie e paradentiopatie non rese necessarie da infortunio e, in ogni caso, le protesi dentarie;
- 7) L'aborto volontario;
- 8) Le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate da accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 9) Le spese per acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici, salvo quanto previsto al punto A;
- 10) Le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, di movimenti tellurici e eruzioni vulcaniche.

## **DOCUMENTAZIONE PER LE SPESE SANITARIE.**

La documentazione che dovrà essere inviata alla Allianz Ras, ai fini del risarcimento, varia a seconda che il ricovero sia avvenuto presso Istituto Pubblico o Privato

### **1. RICOVERO OSPEDALIERO (SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE) CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO:**

- ✓ Denuncia del ricovero (copia conforme);
- ✓ Cartella clinica dell'ospedale o copia conforme all'originale;
- ✓ Eventuali spese pre post come specificato al punto A.

da inoltrare:

- 1) **c/o Agenzia Allianz Ras**  
**Viale Cesare Pavese, 305/313**  
**00144 Roma Eur**
- 2) **c/o Sub Agenzia Allianz Ras**  
**Viale Shakespeare, 57**  
**00144 Roma Eur**

oppure

**c/o RASSERVICE Polo Rimborso Spese Mediche**  
**Viale Brenta, 27/29**  
**20139 Milano**

### **2. RICOVERO IN CLINICA PRIVATA**

- a) SE IL RICOVERO AVVIENE IN CLINICA CONVENZIONATA TOTALMENTE (DEGENZA ED EQUIPE) CON CLINICA AMICA NON E' NECESSARIO INVIARE ALCUNA DOCUMENTAZIONE ED IL PAGAMENTO VIENE EFFETTUATO DIRETTAMENTE DALLA SOCIETA' ALL'ISTITUTO DI CURA.

- b) - SE LA CLINICA E' SOLO PARZIALMENTE CONVENZIONATA (EQUIPE NON CONVENZIONATA);
- E/O SONO STATE SOSTENUTE SPESE NEI 90 GIORNI PRE E POST RICOVERO (come specificato al punto A):

✓ Fatture originali pagate dall'assicurato

Da inoltrare:

**CLINICA AMICA**  
c/o BLU ASSISTANCE  
BACK OFFICE DIRETTE  
Corso Svizzera, 185  
10149 Torino

**3. INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE O DAY HOSPITAL PIU' SPESE SOSTENUTE NEI 90 GG PRE E NEI 90 GG POST (come specificato al punto A):**

- a) SE IN CLINICA TOTALMENTE CONVENZIONATA CON CLINICA AMICA (COME DA PUNTO 2 - a);
- b) SE IN CLINICA PARZIALMENTE CONVENZIONATA E/O SONO STATE SOSTENUTE SPESE NEI 90 GIORNI PRE E POST (come da punto 2 - b)

✓ Fatture originali pagate dall'assicurato.

Da inoltrare:

**CLINICA AMICA**  
c/o BLU ASSISTANCE  
BACK OFFICE DIRETTE  
Corso Svizzera, 185  
10149 Torino

**4. RICOVERI E/O INTERVENTI AMBULATORIALI O DAY HOSPITAL IN CLINICHE PRIVATE NON CONVENZIONATE CON CLINICA AMICA:**

✓ Cartella clinica o copia conforme l'originale più fatture di spesa in originale.

da inoltrare:

- 1) **c/o Agenzia Allianz Ras**  
Viale Cesare Pavese, 305/313  
00144 Roma Eur
- 2) **c/o Sub Agenzia Allianz Ras**  
Viale Shakespeare, 57  
00144 Roma Eur

oppure

**c/o RASSERVICE Polo Rimborso Spese Mediche**  
Viale Brenta, 27/29  
20139 Milano

Per informazioni Ricovero

**CLINICA AMICA**

- 800.68.68.68: numero verde per chiamate dall'Italia

- +39.011.742.55.00: numero di rete fissa per chiamate dall'estero

Il servizio è operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 18.00, e il sabato dalle 8.00 alle 12.00

Per informazioni Ricovero

Fuori convenzione Clinica Amica

**RASSERVICE Polo Rimborso Spese Mediche**

- 02.5748041

- Fax 02.5390598 per comunicazioni urgenti

Il servizio è attivo il Lunedì – Mercoledì – Venerdì dalle 9.00 alle 12.00  
il Martedì e Giovedì dalle 9.00 alle 12.00 e dalle 14.30 alle 17.00

Per informazioni rivolgersi a:

**Allianz Ras**

**1) c/o Agenzia Allianz Ras**

Viale Cesare Pavese, 305/313

00144 Roma Eur

Tel. 06/328561 Fax. 06/32856333

**2) c/o Sub Agenzia Allianz Ras**

Viale Shakespeare, 57

00144 Roma Eur

Tel. 06/5918864 Fax. 06/5925158

**N.B.: In fase di richiesta per ricovero e/o informazioni è necessario specificare quanto segue:**

- Assicurato con Polizza FIPA Complementare di bordo
- Cognome e nome
- N° di matricola

**Ciò eviterà lungaggini e/o eventuali malintesi. Grazie**