

POLIZZA DI ASSICURAZIONE PER ASSISTENZA SANITARIA DI EMERGENZA

LEGGERE ATTENTAMENTE LA PRESENTE POLIZZA

La presente assicurazione è volta a coprire i danni derivanti da circostanze improvvise ed imprevedibili. La copertura è soggetta ad alcune limitazioni ed esclusioni, che comprendono ma che non sono limitate all'esclusione dovuta a condizioni mediche, trattamenti e/o sintomi preesistenti che non erano stabili nei tre mesi prima della Data di Entrata in Vigore della Polizza.

Il presente documento ha validità contrattuale nel momento in cui lo si sottoscrive e si corrisponde l'intero premio

DIRITTO DI RECESSO ENTRO 10 GIORNI Vi preghiamo di leggere la Vostra Polizza e di esaminare nei dettagli la Vostra copertura. Per qualsiasi domanda, Vi invitiamo a contattate **guard.me**.

Potrete recedere dalla presente Polizza entro 10 giorni dall'acquisto e sarete integralmente rimborsati a condizione che non abbiate lasciato il Vostro Paese di Origine (o che non siate un cittadino canadese già ritornato in Canada) e che non vi sia in corso alcuna richiesta di indennizzo.

DEFINIZIONI

Laddove vengano usati nella presente Polizza o in qualsiasi suo emendamento, i termini seguenti devono essere scritti con l'iniziale maiuscola ed hanno il significato specificato riportato di seguito.

Con **Incidente/Accidentale** s'intende un evento esterno improvviso, imprevisto, imprevedibile, inevitabile, conducente direttamente, o indipendentemente da tutte le altre cause, all'Infortunio fisico di un Assicurato durante il Periodo di Copertura.

Con **Domanda** s'intende il Nostro modulo che completate e ci inviate per richiedere l'assicurazione ai sensi della presente Polizza. La Domanda forma parte integrante di questo contratto di Polizza. Alcuni termini sono definiti nella Domanda mentre altri sono definiti nella sezione Definizioni della presente Polizza.

Con **Massimale di Indennizzo** s'intende l'ammontare indicato come limite pagabile per ogni particolare indennizzo e viene applicato ai servizi ricevuti durante il Periodo di Copertura. Indipendentemente dal numero di polizze emesse in un periodo di 365 giorni, i Massimali di Indennizzo non vengono rinnovati per i Periodi di Copertura successivi finché:

- 365 giorni non sono trascorsi dalla Data di entrata in vigore della polizza originale acquistata e nella data di anniversario di ogni anno da lì in avanti; o
- la Data di entrata in vigore di un nuovo Periodo di Copertura a condizione che siano passati più di 365 giorni dalla Data di entrata in vigore del Periodo di Copertura originale della prima polizza.

Con **Responsabile dei Sinistri** s'intende la società Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. (T.H.I.S.)

Con **Protesi Correttiva** s'intende un dispositivo richiesto da Voi su consiglio di un Medico per correggere una disabilità fisica debilitante e senza il quale sussisterebbe un'impossibilità fisica per Voi a continuare i Vostri studi o le Vostre responsabilità d'insegnamento presso un istituto educativo nel quale siete iscritti o svolgete attività di insegnamento. Le "Protesi Correttive" includono arti artificiali, sedie a rotelle, cani guida per non vedenti e apparecchi acustici, ma NON includono occhiali da vista.

Copertura significa i benefici di emergenza quivi descritti. La copertura sarà valida in tutto il mondo, tuttavia la copertura nella Nazione di Residenza è limitata; si prega di consultare il testo **Escursione o Copertura nella Nazione di Residenza - Canadesi** (si veda Benefici), e l'Esclusione No. 6.

Periodo di Copertura indica il periodo di tempo durante il quale siete assicurati per gli indennizzi forniti dalla presente Polizza, a partire dalle ore 00:01 antimeridiane della Data di entrata in vigore fino alle ore 24:00 della data (a) indicata quale Data di Termine della Domanda; oppure (b) di termine di qualsiasi estensione della presente Polizza. Qualora Voi torniate alla vostra Nazione di Residenza per qualsiasi ragione, ad eccezione dell'**Escursione o Copertura nella Nazione di Residenza - Canadesi** (si veda Benefici), la copertura scadrà a decorrere dalla data del Vostro Ritorno alla Nazione di Residenza. Il Periodo Massimo di Copertura, incluse le proroghe, è di 365 giorni consecutivi a partire dalla Data di entrata in vigore.

Con **Dentista** s'intende un dottore qualificato in odontoiatria, legalmente autorizzato alla pratica dentistica nel luogo dove vengono forniti i servizi dentali, ma non include l'Assicurato o un parente dell'Assicurato.

Data di entrata in vigore indica la data in cui ha inizio la Vostra copertura in base alla presente Polizza. La Copertura inizia nel giorno e nell'ora (a) in cui viene corrisposto il premio richiesto, oppure (b) quello richiesto come Data d'Inizio nella Vostra Domanda, oppure (c) la data in cui avete lasciato la Vostra Nazione di Residenza, oppure (d) per i canadesi, la data di ritorno in patria.

Ammissibile indica qualsiasi persona di età inferiore a 65 anni che viaggia al di fuori della sua Nazione di Residenza (o che sia canadese di ritorno in patria) in veste di studente, docente universitario, insegnante, accompagnatore o partecipante a scambi educativi/commerciali/culturali, nonché il relativo coniuge dell'Assicurato, i genitori e le persone a carico sopra i 15 giorni e sotto i 19 anni d'età.

Con **Emergenza** s'intende una Malattia imprevista o Infortunio che prima si verifica durante il Periodo di Copertura, che richiede Trattamento Medico immediato per lenire il dolore acuto e la sofferenza.

Con **Nazione di Residenza** s'intende la nazione in cui l'Assicurato risiede permanentemente.

Con **Ospedale** s'intende un complesso che principalmente cura pazienti su base di degenza, è autorizzata al funzionamento come Ospedale dalla giurisdizione in cui il trattamento viene fornito, fornisce servizi infermieristici 24 ore al giorno mediante infermiere/i laureati o specializzati, ha a disposizione personale composto da almeno uno o più Medici disponibili 24 ore al giorno, fornisce servizi organizzati per diagnosi e procedure chirurgiche, mantiene in buono stato macchine per radiografie e servizi di sale operatorie e non è principalmente una clinica, ospizio, casa di riposo, casa di convalescenza o una struttura simile e non è, altro che incidentalmente, un luogo per la cura dell'alcolismo o dell'abuso di sostanze stupefacenti.

In **Arrivo** indica una persona in possesso dei requisiti d'idoneità contrattuale la cui Nazione di Residenza non è

il Canada e che risiederà in Canada. È garantita la copertura per viaggi intra-provinciali.

Con **Infortunio** s'intende una lesione corporale a un Assicurato causata da un Incidente durante il Periodo di Copertura.

Con **Assicurato, Voi o Vostro** s'intende qualunque persona Ammissibile che consegna una domanda e paga un corrispettivo per la copertura ai sensi di questa Polizza e riceve accettazione della copertura dal Nostro Amministratore del Piano nella forma di una conferma o di un documento d'identità valido della Polizza.

Con **Assicuratore, Noi, Ci, Nostro** s'intende la compagnia assicurativa **Old Republic Insurance Company of Canada**.

Con **Trattamento Medico** s'intendono consigli medici, consulenza, assistenza, servizio o diagnosi da parte di un Medico o da un fornitore paramedico ammissibile.

Con **Medicilmente Necessari** s'intendono quei servizi o forniture che sono messi a Vostra disposizione e che sono richiesti per identificare o trattare la Vostra Malattia o Infortunio d'Emergenza e che sono necessari per dare sollievo a dolore o sofferenza acuta, o per identificare o trattare la Vostra Malattia o Infortunio d'Emergenza; o con riferimento ai servizi Ospedalieri, quelli che non possono essere prudentemente forniti a Voi in qualità di paziente dimesso.

Con **Farmaco** s'intende una sostanza farmacologica che è considerata Medicilmente Necessaria per il trattamento o il sollievo di una Malattia o Infortunio d'Emergenza e che è disponibile solo con una prescrizione medica fornita dal Medico o Dentista.

Con **Fornitore Paramedico** s'intende una persona che detiene i requisiti legali e professionali necessari per fornire servizi di un chiropratico, osteopata, naturopata, agopuntore, chiroprata o podologo, ma che non include l'Assicurato o un parente dell'Assicurato. NON è richiesta una lettera di richiesta di questi servizi da parte di un medico.

Con **Amministratore del Piano** s'intende la società Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. (T.H.I.S.)

Con **Medico** s'intende un dottore in medicina qualificato, legalmente autorizzato alla pratica della medicina laddove i servizi medici sono prestati, ma non include l'Assicurato o un parente dell'Assicurato.

Con **Psichiatra** s'intende un dottore qualificato in psichiatria, legalmente autorizzato alla pratica della medicina nel luogo dove i servizi psichiatrici sono prestati, ma non include l'Assicurato o un parente dell'Assicurato.

Con **Psicologo** s'intende un dottore qualificato in psicologia, legalmente autorizzato alla pratica della medicina nel luogo dove i servizi psicologici sono prestati, ma non include l'Assicurato o un parente dell'Assicurato.

Con **Ragionevole e Consueto** s'intendono le somme normalmente fatte pagare per trattamento, servizi o materiali per fornire il livello appropriato di cura alla gravità della condizione di Emergenza che è trattata, nel luogo geografico dove il trattamento, servizi o materiali vengono forniti.

Con **Malattia** s'intende il comparire improvviso di una malattia o stato di malessere che si verifica per la prima volta mentre questa assicurazione è in vigore ed è abbastanza grave da spingerla a cercare Trattamento Medico d'Emergenza.

Con **Data di Termine** s'intende la data in cui la Vostra Copertura sottostante questa Polizza termina. La Copertura termina a seconda dell'ultimo evento a verificarsi tra la data (a) specificata come la Data di Termine sulla Domanda; o (b) della scadenza di qualsiasi estensione della presente Polizza. Qualora voi ritornaste alla Vostra Nazione di Residenza per qualsiasi ragione a parte quella indicata nell'**Escursione o Copertura nella Nazione di Residenza - Canadesi** (si veda Benefici), la copertura terminerà il giorno del Vostro Ritorno alla Nazione di Residenza.

CONTRATTO ASSICURATIVO

Qualora un Assicurato Ammissibile subisca un Infortunio o una Malattia d'Emergenza durante il Periodo di Copertura, Noi pagheremo gli indennizzi indicati nella presente Polizza, soggetto a tutti i suoi termini, condizioni, limitazioni, esclusioni e altre disposizioni, per le tariffe Ragionevoli e Consuete sostenute, per la somma inferiore tra il Massimale d'Indennizzo per quel particolare indennizzo o il massimale della Polizza di \$5.000.000. Tutti i Massimali d'Indennizzo contenuti nella presente Polizza sono ad Assicurato per la durata del Periodo di Copertura salvo diversamente specificato e sono definiti nella valuta del dollaro canadese. È una precondizione della copertura ai sensi della presente Polizza che alla Data di entrata in vigore l'Assicurato non sia consapevole di alcuna condizione medica esistente che possa richiedere che l'Assicurato incorra in qualsiasi spesa del tipo medico durante il Periodo di Copertura.

INDENIZZI

Gli indennizzi nella presente Polizza non sono soggetti ad alcuna franchigia. Gli indennizzi sono pagati sulla base delle tariffe Ragionevoli e Consuete per i servizi forniti durante il Periodo di Copertura fino a raggiungere il Massimale di Indennizzo a meno che non si sia diversamente specificato. La Vostra assicurazione copre fino a \$5.000.000 in indennità totali per i seguenti servizi Medicalmente Necessari richiesti per trattare una valida, nuova condizione medica emergente, avente inizio per la prima volta dopo la Data di entrata in vigore della Copertura. Questi servizi Medicalmente Necessari includono le ragionevoli visite di controllo, esami e operazioni chirurgiche fino a che l'emergenza iniziale venga risolta, e la condizione sia stabilizzata.

Servizi Ospedalieri: costi applicati da un Ospedale per la sistemazione in stanze semi private e il vitto e gli altri servizi e le forniture, incluso i farmaci amministrati, mentre ricoverato in un Ospedale per ragioni mediche; nessuna limitazione sul numero di giorni; stanza privata laddove richiesto per ragioni mediche così come determinato e approvato dal Responsabile dei Sinistri. *Per le Prestazioni Ospedaliere Eccezionali*, vedere sotto; costi per il Trattamento Medico fornito su base di un paziente ammesso o dimesso in seguito a un'Emergenza; costi per anestesia o prodotti ematici e l'amministrazione di tali prodotti. *Qualsiasi procedura chirurgica richiede una previa approvazione scritta da parte del Responsabile dei Sinistri*, a meno che il ritardo nell'applicare tale procedura minacci le funzioni vitali.

Parcelle mediche: Tutti i costi applicati da un Medico per i servizi professionali o il Trattamento Medico;

Onorari di psichiatra: se il trattamento è fornito in seguito a un ricovero al Pronto Soccorso, gli onorari fatturati separatamente per i servizi di uno psichiatra saranno pagati fino a un massimo a vita di \$10.000. *Per le cure psichiatriche ambulatoriali, si veda la sezione Psicoterapia in basso.*

Prestazioni ospedaliere eccezionali: in caso di Vostro ricovero ospedaliero per suicidio, tentato suicidio, lesioni auto-inflitte, disturbi mentali o emozionali (compresi, ad esempio, stress, ansia, attacchi di panico, depressione, disturbi dell'alimentazione/problemi di peso), o per cure psichiatriche, pagheremo fino a un massimale globale a vita di \$50.000 per le cure mediche e/o psichiatriche ricevute durante la Vostra permanenza in Ospedale per una o più delle suddette cause.

Psicoterapia: Fino a \$1.000 di Indennizzo Massimo per i costi di cura del paziente dimesso, incluso consulenza psichiatrica e psicologica.

Raggi X, Esami Diagnostici e di Laboratorio: Costi per servizi tecnici e interpretativi. *L'approvazione scritta preventiva è richiesta dal Responsabile dei Sinistri per tutti i maggiori esami diagnostici quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, risonanza magnetica e tomografia assiale computerizzata.*

Farmaci Prescritti: Limitati alla fornitura di 30 giorni di qualunque tipo di farmaco *a meno che* questo non sia stato prescritto durante il periodo di degenza in Ospedale.

Cure Infermieristiche Private: Qualora ordinato dal Medico curante fino a \$15.000 di Indennizzo Massimo per i servizi di un'Infermiera Certificata, un'Assistente Infermiere Certificato o un Addetto all'Assistenza Sanitaria a Domicilio, tuttavia tale indennizzo non può includere l'Assicurato, un parente dell'Assicurato o qualcuno che risiede normalmente con l'Assicurato.

Fisioterapia e Logopedia: Fino a \$1.000 di Indennizzo Massimo per i costi relativi a un fisioterapista o un logopedista *a meno che* tali servizi siano stati forniti durante il periodo di degenza in Ospedale.

Attrezzature e Forniture mediche: *Pagabili solamente se richiesto come risultato di una Malattia o Infortunio coperto.* L'acquisto di forniture mediche, incluso bende e protesi; spese di Noleggio per sedie a rotelle, stampelle, lettino di tipo ospedaliero o altre attrezzature, che non eccedano il loro prezzo di acquisto. Fino a \$200 di Indennizzo Massimo per occhiali o lenti a contatto prescritte, o fino a \$300 di Indennizzo Massimo per apparecchi acustici. Fino a \$300 di Indennizzo Massimo per apparecchi ortopedici personalizzati, o fino a \$800 di Indennizzo Massimo per ginocchieri personalizzati.

Trasporto di Emergenza: Il costo totale del servizio di ambulanza autorizzato fino al più vicino Ospedale qualora Medicalmente Necessario; i trasferimenti di Emergenza tra gli Ospedali quando ordinati dal Medico curante, inclusa la tariffa utente; oppure, il costo del taxi verso o a partire da un Ospedale o clinica medica per le cure mediche autorizzate fino a un massimo di \$100.

Servizi Paramedici: Fino a \$500 di Indennizzo Massimo per un Fornitore Paramedico (chiropratico, osteopata, naturopata, agopuntore, chiropradista, o podologo) per tutti i tipi di servizio, inclusi i raggi X.

Cure Odontoiatriche per Incidente: Fino a \$4.000 di Indennizzo Massimo per trattamento dentale di Emergenza per riparare o sostituire denti naturali o artificiali fissati in modo permanente come risultato di un Infortunio causato da un colpo Accidentale alla bocca. Fino a \$500 di Indennizzo Massimo per riparazioni di emergenza a denti artificiali incluso ponti e dentiere. Il trattamento deve avvenire entro 90 giorni dall'Incidente. Le spese sostenute come risultato di Incidenti della masticazione o Infortunio dovuto all'inserimento di un oggetto nella cavità orale non sono pagabili.

Cure Odontoiatriche di Emergenza: (a) Fino a \$100 per dente per estrarre denti del giudizio compressi, oppure, (b) *quando si ha acquistato un minimo di 3 mesi consecutivi di copertura*, fino a \$600 di Indennizzo Massimo per il trattamento odontoiatrico di Emergenza per l'immediato sollievo dal dolore e dalla sofferenza, incluso canali radicolari e dente del giudizio.

Trattamento Verruche: Spese per il trattamento di qualsiasi tipo di verruca fino a un Indennizzo Massimo di \$500.

Copertura Gravidanza: Laddove la gravidanza inizi dopo la Data di entrata in vigore della presente Polizza, le complicazioni gravi dovute a uno stato di gravidanza sono coperte fino a un massimo di \$25.000. Le complicazioni gravi non includono le normali condizioni di gravidanza quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, il malessere mattutino, spotting, ecografia, esami delle urine e del sangue, incluso gli esami per il diabete di gestazione.

Visita medica annuale: *Quando è stata sottoscritta una copertura minima di 3 mesi consecutivi*, Noi pagheremo fino a \$150 di Massimale per ogni visita presso un Medico in Canada per un esame non di emergenza e relative analisi, e per una consultazione e prescrizione della "pillola del giorno dopo".

Esami Oculistici: *Quando è stata sottoscritta una copertura minima di 3 mesi consecutivi*, fino a \$100 di Massimale per un esame oculistico non di emergenza eseguito in Canada da un Oculista autorizzato. *Nota: i costi degli occhiali o delle lenti a contatto NON sono coperti.*

Escursioni: I viaggi fuori dal Canada (ad esclusione del Vostro Paese d'Origine) sono coperti secondo le seguenti

condizioni: (a) più del 50% del Periodo totale di Copertura deve essere trascorso in Canada e (b) i viaggi negli Stati Uniti devono essere limitati a 30 giorni per viaggio. *Le spese non verranno rimborsate qualora siano state sostenute nel vostro Paese d'Origine, eccetto laddove il viaggio nel Paese d'Origine venga effettuato allo scopo di partecipare ad un evento sportivo o extradidattico organizzato dalla scuola, o quando le spese sono state richieste entro i 90 giorni di copertura sostitutiva GHIP per i canadesi di ritorno in patria (si veda sotto).*

Copertura nel Paese d'Origine - Canadesi: Per i canadesi di ritorno in Canada, la copertura per un massimo di 90 giorni è disponibile fino all'entrata in vigore dell'assistenza sanitaria provinciale (GHIP).

AccessAbility - Difetto di Protesi Correttiva, Malfunzionamento e Furto: Qualora, mentre questa polizza è in effetto, una Protesi Correttiva da Voi richiesta venga rubata e non recuperata, o riporti un malfunzionamento o un difetto che diviene apparente mentre Voi siete coperti da questa Polizza e che rende la Vostra Protesi Correttiva richiesta inutilizzabile, noi pagheremo fino a \$1.000 di Indennizzo Massimo per sostituire o riparare la Vostra Protesi Correttiva. Non pagheremo i difetti o i malfunzionamenti che sono coperti dalla garanzia del costruttore.

Assistenza Post Trauma: Se un Assicurato riporta una perdita coperta elencata nella Tabella delle Perdite, (ad eccezione della perdita della vita - vedere sotto) pagheremo fino a 6 sessioni di Assistenza Post Trauma entro 90 giorni dalla data dell'Incidente che si è verificato durante il Periodo di Copertura.

Morte Accidentale e Mutilazione: Qualora un Assicurato muoia o riporti una disabilità permanente come risultato di un Incidente o Infortunio, Malattia o Evento coperti da assicurazione, entro 90 giorni dalla data dell'Incidente che si è verificato durante il Periodo di Copertura, Noi pagheremo in accordo con la seguente Tabella delle Perdite fino a \$50.000 di Indennizzo Massimo. Se le richieste d'indennizzo totale nei Nostri confronti per lo stesso Incidente superano i \$1.250.000, la Nostra responsabilità per quell'Incidente sarà limitata a \$1.250.000 che verranno condivisi in modo proporzionato tra i ricorrenti che sono persone assicurate con **guard.me**. Gli Indennizzi saranno pagati all'Assicurato. In caso di morte dell'Assicurato, gli indennizzi saranno pagati al beneficiario indicato dall'Assicurato. Se un beneficiario non è altrimenti designato dall'Assicurato, gli indennizzi saranno pagati al primo dei seguenti beneficiari superstiti, elencati in ordine di preferenza:

1. il coniuge dell'Assicurato;
2. il figlio o, congiuntamente, i figli dell'Assicurato;
3. congiuntamente, se entrambi viventi, i genitori dell'Assicurato, oppure l'unico genitore superstito.
4. congiuntamente, i fratelli e le sorelle dell'Assicurato; oppure
5. il patrimonio dell'Assicurato.

Tabella delle Perdite

Perdita della Vita.....	\$50.000
Perdita di Due o più Membri.....	\$50.000
Perdita della Vista in entrambi gli Occhi.....	\$50.000
Perdita di Un Membro e Vista da un Occhio.....	\$50.000
Perdita di Un Membro.....	\$25.000
Perdita della Vista da un Occhio.....	\$25.000

Con "Perdita di un Membro" s'intende l'amputazione di una mano o di un piede all'altezza o al di sopra, rispettivamente, dell'articolazione del polso o della caviglia o la paralisi completa irreversibile. La "Perdita della Vista" deve essere completa e irreparabile.

SPARIZIONE - Qualora un Assicurato sparisca e dopo un periodo di tempo appropriato sia ragionevole credere che tale Assicurato sia morto come risultato di una Lesione corporea, l'Indennizzo di Morte diventerà pagabile soggetto ad un impegno scritto secondo il quale se tale credenza si rivelerà errata l'Indennizzo di Morte verrà restituito a Noi.

ESPOSIZIONE - L'Infortunio di un Assicurato come risultato diretto di un'esposizione inevitabile agli elementi verrà presunto esser stato causato da Lesione corporea e gli indennizzi saranno pagabili secondo quanto riportato nella Tabella delle Perdite, qui sopra.

VETTORE COMUNE - In caso di morte dell'Assicurato come risultato di un infortunio causato mentre viaggiava come passeggero pagante su (a) qualsiasi forma di trasporto pubblico o (b) su un volo di linea di un aeroplano o un elicottero, l'indennizzo verrà incrementato fino all'ammontare di \$100.000.

I seguenti benefici vengono coperti tramite l'approvazione preventiva da parte dell'Amministratore del Reclamo. Il massimale rimborsabile per i seguenti benefici di Trasporto non può eccedere la cifra complessiva di \$300.000 per il Periodo di copertura.

Evacuazione Aerea: Il costo per trasportarvi al più vicino Ospedale o ad un Ospedale nella Vostra Nazione di Residenza, qualora Medicalmente Necessario, sia:

- a) con tariffa di trasporto su barella su un regolare volo di linea, incluso le spese per il ritorno in classe economica di assistenti medici qualificati (non un parente) e le loro spese e onorari; o
- b) per mezzo di un'ambulanza aerea appositamente equipaggiata, incluso le spese e onorari associati per un equipaggio qualificato.

I costi del trasporto su terra tramite ambulanza verso ogni tratto terminale del volo o dei voli di collegamento sono inclusi. Il Medico curante deve certificare che l'Assicurato è in condizioni, dal punto di vista medico, di affrontare il tipo di trasferimento scelto.

Trasporto Famiglia e Diaria Mantenimento: Se Voi non avete membri della famiglia entro 500 chilometri dal Vostro Luogo di permanenza mentre Vi trovate fuori dalla Vostra Nazione di Residenza e venite ricoverati in Ospedale ed è previsto che la Vostra Degenza duri almeno un minimo di 7 giorni, o in caso di morte dell'assicurato, Noi pagheremo fino a \$5.000 per il costo del trasporto andata-ritorno, sulla base della tariffa più bassa disponibile per la rotta più breve, per due persone nominate da Voi perché siano presenti accanto a Voi. Noi pagheremo inoltre fino a \$1.500 per una struttura privata di pernottamento e per i pasti per un periodo massimo di 10 giorni per queste due persone. Il Medico curante deve certificare che la situazione è sufficientemente seria per dare il suo benessere alla visita. Tutte le fatture e le ricevute devono essere trasmesse al Responsabile dei Sinistri.

Rimpatrio o sepoltura dei Deceduti: Se durante il Periodo di copertura si verifica un decesso dovuto a Infortunio o Malattia, Noi pagheremo (a) fino a \$20.000 a fronte di costi ragionevoli e necessari per la preparazione ed il ritorno della salma dell'Assicurato fino al suo Paese di Residenza, in un contenitore per trasporto standard, oppure (b) fino a \$5.000 per il costo della preparazione della salma, cremazione o sepoltura e del terreno di umulazione nel luogo in cui si verifica il decesso. I costi per la bara, urna, pietra tombale o funerale sono esclusi.

ESCLUSIONI

Non pagheremo qualunque spesa che risulti derivare, direttamente o indirettamente, da:

- una condizione preesistente e cioè malattia, infortunio o altra condizione che aveva causato segni o sintomi e/o richiedeva un parere o un'indagine medica, sia che fosse stata stabilita o meno la diagnosi, e/o qualsiasi forma di Trattamento Medico fornito da un Medico o da altri Specialisti durante il periodo di 3 mesi immediatamente precedente la Data di entrata in vigore, o qualora all'inizio della copertura, una condizione era nota o presente in forma tale per cui si poteva prevedere ragionevolmente che si sarebbero dovuti sostenere i suoi costi. Ai fini dell'esclusione delle condizioni preesistenti quanto segue non costituisce Trattamento Medico:
 - l'uso regolare di farmaci, il che vuol dire che nessun cambiamento nel tipo di farmaco, dosaggio o uso è stato prescritto da un Medico o da un altro Specialista;
 - una visita di controllo quando il Medico o altro Specialista non osserva alcun cambiamento avverso in una condizione, sintomo o problema precedentemente notato;
- Trattamento Medico Elettivo o di non-Emergenza, incluso qualsiasi trattamento fornito per mantenere la stabilità di una condizione o malattia cronica, incluso visite per il reintegro di farmaci, test o esami che formano parte di un normale regime di assistenza, o per trattamento di disordini o condizioni genetiche congenite, o per trattamento non richiesto per l'immediato sollievo dal dolore e sofferenza, o che potrebbe essere ragionevolmente rimandato fino a quando l'Assicurato ritorna nella Sua Nazione di Residenza; (*eccetto quanto previsto alle voci Visite mediche annuali e Benefici per Esami Oculistici*);
- qualsiasi continuazione delle cure per un Infortunio o Malattia se l'Amministratore del Reclamo ha richiesto che l'Assicurato ritorni al proprio Paese d'Origine in seguito ad un Trattamento medico di emergenza; se un Assicurato che è stato evacuato o ha chiesto di tornare a casa ritorna al Paese d'Origine per riprendere gli studi/insegnamenti nello stesso o nei seguenti anni della polizza, i benefici pagabili saranno limitati ad un massimo di \$10.000 per il suddetto infortunio o malattia per cui è tornato a casa;
- farmaci comunemente disponibili senza ricetta (quali, a titolo esemplificativo ma non esclusivo, i farmaci disponibili a bancone quali paracetamolo o rimedi per raffreddore/allergie); farmaci per la fertilità; contraccettivi; farmaci per disfunzioni dell'erezione; farmaci contro la calvizie; farmaci contro il vizio del fumo; vaccinazioni, immunizzazioni o iniezioni; vitamine o supplementi alla dieta; o farmaci ricevuti a scopo di prevenzione e manutenzione;
- chirurgia plastica o cosmetica a meno che sia dovuta a un Infortunio coperto; sostituzione o estrazione, o riparazioni di protesi esistenti (*eccetto quando pagabili sotto la copertura Indennizzo Protesi Correttive*);
- ogni spesa sostenuta al di fuori del Periodo di Copertura o durante la permanenza nel Vostro Paese d'Origine (*fatta eccezione per quanto riportato nei benefici delle Escursioni o Copertura nel Paese D'Origine - Benefici per Canadesi*); prestazioni mediche per ogni infortunio subito o trattato, o malattia che sia iniziata, che sia stata diagnosticata o trattata nel Vostro Paese d'Origine durante il Periodo di copertura;
- gravidanza regolare; parto regolare e aborto elettivo;
- il Virus dell'Immunodeficienza Umana (HIV) o Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) o Complesso di Sintomi Correlati all'AIDS (ARC);
- non pagheremo per alcun danno o spesa derivante direttamente o indirettamente da: Suicidio, tentato suicidio, lesioni auto-inflitte, disturbi mentali o emozionali (compresi, ad esempio, stress, ansia, attacchi di panico, depressione, disturbi dell'alimentazione/problemi di peso), o per cure psichiatriche, (*fatto salvo quanto previsto nelle sezioni Prestazioni ospedaliere eccezionali, Prestazioni per onorari di psichiatra, o Prestazioni per psicoterapia*).
- le Vostre azioni mentre siete menomati o influenzati in maniera avversa da medicinali, farmaci, alcool o droghe; qualsiasi richiesta d'indennizzo medico relativa all'uso o all'abuso di droghe o alcool;
- la partecipazione in sport a livello agonistico o in attività pericolose quali ad esempio gare di velocità motoristica, paracadutismo, paracadutismo acrobatico, deltaplano, bungee-jumping, speleologia, alpinismo, arrampicata di rocce o pareti, o immersioni subacquee;
- la guida di qualsiasi tipo di velivolo o il viaggiare come passeggero su qualsiasi volo non commerciale; la guida di qualsiasi forma di trasporto motorizzato su terra o acqua senza una licenza valida per l'area in cui guidate; viaggiare su una motocicletta, motoslitte o qualsiasi tipo di veicolo mentre partecipate ad una corsa o fuori strada, salvo che non esistano strade nell'area in questione;
- infortunio o malattia causati mentre vi addestrate o servite a qualunque titolo in qualità di membro delle forze armate o mentre partecipate attivamente in qualsiasi conflitto di guerra, o subite durante attività di tipo criminale. Tuttavia, qualora subiate un Infortunio come risultato diretto di azioni simili alla guerra nelle quali non siete un partecipante attivo ed entro il periodo di 48 ore dall'inizio di tali ostilità, qualsiasi spesa incorsa che deriva da tali incidenti sarà coperta.
- qualsiasi interesse, spesa finanziaria o penale per pagamento ritardato;
- infortunio o malattia coperti ai sensi di una qualsiasi altra forma di assicurazione, indennizzo o piano o che sia la responsabilità verso terzi;
- infortunio o malattia mentre viaggiate verso una destinazione per cui il Governo della Nazione di Residenza ha emesso un avviso di viaggio che informa di non intraprendere un viaggio in quella destinazione (in quanto a rischio);
- viaggiare contro il parere medico di un Medico o di uno Specialista o al fine di ottenere Trattamento Medico o quando una prognosi terminale sia stata comunicata all'Assicurato prima del Periodo di Copertura;
- qualsiasi spesa sostenuta come risultato della non accettazione da parte dell'Assicurato o il rifiuto di seguire un consiglio, trattamento o trattamento raccomandato da parte del Medico.

LIMITAZIONI ALLA POLIZZA GENERALE

Ci riserviamo il diritto di disporre il trasporto per il Suo ritorno alla Vostra Nazione di Residenza a seguito di Emergenza, prima o dopo che riceviate il Trattamento Medico, o Ospedaliero o i Servizi Medici. Qualora Voi rifiutaste di ritornare quando dichiarato in grado di viaggiare, dal punto di vista medico, dal Responsabile dei Sinistri, Noi non pagheremo per qualunque spesa continuativa, ricorrenza o complicazione derivante, direttamente o indirettamente, quale conseguenza di ciò.

Limite di Responsabilità

L'Assicuratore, l'Amministratore del Piano e/o il Responsabile dei Sinistri non sono responsabili per la disponibilità, qualità o i risultati di qualsiasi Trattamento Medico o del Suo insuccesso nell'ottenere un Trattamento Medico o trasporto e saranno manlevati da qualunque negligenza, atto colposo o omissione da parte di qualunque fornitore di servizi.

CONDIZIONI GENERALI

Il Contratto. La Vostra Domanda, la presente Polizza, qualsiasi documento allegato alla presente Polizza quando emessa e qualsiasi emendamento al contratto concordato per scritto dopo l'emissione della Polizza costituiranno l'intero contratto. Nessun agente ha l'autorità di modificare il contratto o esentare dall'osservanza di qualsiasi disposizione in esso contenuta.

Rinuncia. L'Assicuratore non sarà ritenuto aver rinunciato all'osservanza di qualsiasi condizione del presente contratto, sia in toto che in parte, salvo che tale rinuncia non sia stata chiaramente espressa per scritto firmata dall'Assicuratore.

Copia della Domanda. L'Assicuratore fornirà, su richiesta, all'Assicurato una copia della Domanda ai sensi del presente contratto.

Pagamento del Premio. L'ammontare totale del premio è dovuto e pagabile quando fate domanda di assicurazione. Qualora per una qualsiasi ragione il premio pagato per la copertura richiesta non sia corretto, Noi a) addebiteremo e raccoglieremo la differenza, o b) accorceremo il Periodo di Copertura qualora un pagamento ridotto del premio non possa essere ritirato, o c) rimborseremo qualsiasi pagamento eccedente. La Copertura sarà nulla e decaduta se, per qualsiasi ragione, il Suo pagamento non viene onorato da parte dell'istituzione finanziaria. Il premio è calcolato utilizzando i tassi di premio più recenti alla data in cui fate domanda di copertura, considerando la Vostra età anagrafica alla Data di entrata in vigore. Ci riserviamo il diritto di declinare qualsiasi domanda di assicurazione.

Contratti o Polizze Duplicati. Nel caso in cui più contratti vengano emessi nei confronti dell'Assicurato, gli indennizzi saranno limitati al massimale pagabile ai sensi di un singolo contratto per volta e verrà emesso un rimborso per i premi duplicati pagati.

Falsa Dichiarazione o Non divulgazione. L'intera copertura ai sensi di questa Polizza sarà considerata nulla, qualora, sia precedentemente che successivamente a una perdita, l'Assicurato abbia nascosto o dichiarato falsamente qualsiasi fatto materiale o circostanza che concerne questa copertura o gli elementi che da questa derivano, o gli interessi dell'Assicurato qui rappresentati, o in caso di qualsiasi frode o spergiuro da parte dell'Assicurato.

Fatti Materiali. Nessuna dichiarazione fatta da un Assicurato al momento della Domanda per questo contratto sarà usata a difesa di una richiesta di indennizzo ai sensi, o per evitare l'applicazione, di questo contratto a meno che non sia contenuta nella Domanda o in qualsiasi altra dichiarazione scritta o affermazione fornita come elemento di prova a favore della propria assicurabilità.

Legge applicabile. La presente Polizza è governata dalle leggi e dalle norme della provincia canadese dell'Ontario in cui è stata emessa la Polizza. Qualsiasi azione legale o procedimento nei confronti dell'Assicuratore per il recupero di richieste d'indennizzo ai sensi della presente Polizza devono essere effettuati nella provincia canadese dell'Ontario e devono iniziare entro 2 anni dalla data in cui la causa dell'azione si è verificata. Nonostante qualsiasi altra disposizione contenuta nella presente Polizza, la stessa è soggetta alle prescrizioni di legge contenute nell'Insurance Act con riferimento ai contratti di assicurazione contro gli infortuni e le malattie.

Pagamenti degli indennizzi. Tutti gli indennizzi saranno pagati a Vostro favore salvo che abbiate ceduto il Vostro diritto al pagamento direttamente al fornitore di servizi o ad un altro cessionario designato. In caso di Vostro decesso, tutti gli indennizzi saranno pagati al beneficiario indicato dall'Assicurato. Se un beneficiario non è altrimenti designato dall'Assicurato, gli indennizzi saranno pagati al primo dei seguenti beneficiari superstiti, elencati in ordine di preferenza:

- il coniuge dell'Assicurato;
- il figlio o, congiuntamente, i figli dell'Assicurato;
- congiuntamente, se entrambi viventi, i genitori dell'Assicurato, oppure l'unico genitore superstite.
- congiuntamente, i fratelli e le sorelle dell'Assicurato; oppure
- il patrimonio dell'Assicurato.

I pagamenti degli indennizzi non prevedono il pagamento di alcun interesse. La presente Polizza contiene una clausola che può limitare la somma pagabile.

Valuta. Tutti gli importi dei premi, i Massimali degli Indennizzi e i pagamenti degli indennizzi sono espressi in dollari canadesi. Allo scopo del rimborso, il tasso di cambio nella valuta straniera sarà il tasso determinato la data in cui è stata pagata la spesa e quotato dall'istituzione finanziaria selezionata dal Responsabile dei Sinistri. A Vostra scelta, Noi possiamo pagare una richiesta d'indennizzo per indennizzi nella valuta del Paese in cui si è verificata la perdita.

Coordinatione degli indennizzi. Gli indennizzi contenuti nella presente Polizza sono pagabili in eccesso a quelli disponibili ai sensi di qualsiasi altra Polizza valida ed esigibile o piano assicurativo in base ai quali Voi abbiate diritto a richiederli quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, un piano d'assicurazione sanitario pubblico, un'assicurazione infortuni e malattie personale o di gruppo o una copertura salute/cure mediche estesa, qualsiasi assicurazione auto o piano prestazioni, assicurazione proprietario di casa, affittuario o altra assicurazione multirischio, prestazione assicurativa per carta di credito e altra assicurazione di viaggio. Qualsiasi pagamento corrisposto ai sensi della presente Polizza verrà coordinato con qualsiasi altro piano che fornisca copertura simile in modo tale che gli indennizzi totali pagabili in base a tutte le polizze o piani non eccedano il 100% delle spese ammissibili sostenute.

Dritti della Compagnia e Ricorrente: Quando Voi acquistate la presente Polizza, concordate di fornire alla Compagnia accesso a tutte le documentazioni o informazioni pertinenti la Vostra persona fornite da qualsiasi Medico accreditato, dentista o medico specializzato, Ospedale, clinica, assicuratore, individuo, istituzione o altri fornitori di servizi allo scopo di determinare la validità di qualsiasi richiesta d'indennizzo da Voi presentata o per Suo conto.

Risoluzione da parte dell'Assicurato. L'Assicurato potrà risolvere il presente contratto in qualsiasi momento dando comunicazione scritta della risoluzione all'Amministratore del Piano per conto dell'Assicuratore o mediante consegna della suddetta ad un agente autorizzato (ad es. scuola o organizzazione). Se la presente Polizza viene annullata prima della Data di entrata in vigore per ragioni mediche, l'Assicurato o l'agente autorizzato dall'Assicurato dove applicabile, riceverà un rimborso completo del premio pagato. Se la presente Polizza viene annullata per qualsiasi altra ragione, può venir addebitata una spesa di amministrazione di \$25. Se la presente Polizza viene annullata dopo la Data di entrata in vigore, Noi rimborseremo i premi pagati per la copertura non utilizzata meno una spesa di amministrazione di \$25, salvo che non vi siano richieste d'indennizzo sostenute, pagate o pendenti. Un periodo di attesa si applica a tutti i risarcimenti.

CONDIZIONI GENERALI (Cont.)

Rimborsi. Salvo che in caso di esercizio del Diritto di Recesso entro 10 giorni, i rimborsi vengono calcolati su base pro-rata a partire dalla data riportata sulla Vostra richiesta scritta, sul fax o sull'email, e sono soggetti ad un ammontare minimo di rimborso di \$10. Nessun rimborso sarà erogato per la copertura sostitutiva GHP di 90 giorni, relativa ai Canadesi di ritorno in patria. La Polizza non è trasferibile.

Risoluzione da parte dell'Assicuratore. (1) L'Assicuratore potrà risolvere il presente contratto in qualsiasi momento dando comunicazione scritta della risoluzione all'Assicurato. I premi non utilizzati verranno riacitati nell'eventualità in cui nessuna richiesta d'indennizzo sia stata pagata o sia pendente. (2) La comunicazione di risoluzione sarà spedita all'Assicurato o inviata via fax o e-mail, o laddove la domanda sia stata inviata da un'altra parte o agente, tale parte o agente sarà notificata via posta, fax o e-mail. (3) Quando la comunicazione di risoluzione è consegnata, saranno concessi 5 giorni di preavviso prima della risoluzione, con effetto alla data di spedizione per posta, via fax o e-mail.

Surrogazione (Diritto di recupero). Qualora un qualche indennizzo pagato nei Vostri confronti o per Vostro conto sia in eccesso rispetto all'importo concesso dalle disposizioni della presente Polizza, o qualora il pagamento venga effettuato a causa di un errore amministrativo o di trascrizione, Noi ci riserviamo il diritto di recuperare tale importo da Voi o da qualsiasi istituzione, assicuratore o altra organizzazione o parte a cui tale pagamento era stato effettuato. Qualora un pagamento sia fatto ai sensi della presente Polizza, Noi ci riserviamo il diritto di procedere a Vostro nome verso terzi che possano essere responsabili di dar luogo a una richiesta d'indennizzo ai sensi della presente Polizza. Noi o i Nostri rappresentanti designati abbiamo pieni diritti di cessione dei diritti di rivalsa o surrogazione. Voi non farete nulla per pregiudicare tali diritti e coopererete totalmente con Noi o con i Nostri rappresentanti designati, accettando di firmare, eseguire e/o consegnare tali documenti che sono richiesti per procedere verso terzi che possano essere responsabili.

Estensioni della Polizza. Il Periodo di Copertura massimo disponibile ai sensi della presente Polizza, incluse le estensioni, è di 365 giorni consecutivi a partire dalla Data di entrata in vigore. Qualsiasi richiesta di estensione deve essere formulata all'Amministratore del Piano non più tardi di 7 giorni lavorativi immediatamente prima della Data di Termine della Vostra Copertura esistente. La Copertura per l'estensione della presente Polizza sarà nulla fin dall'inizio se qualche pagamento non viene onorato dalla Vostra istituzione finanziaria. L'Amministratore del Piano o l'Assicuratore ha il diritto di rifiutare qualsiasi estensione. Se una richiesta d'indennizzo è stata ricevuta per qualche Assicurato, un'estensione può essere concessa con un'esclusione per la condizione richiesta.

Continuazione automatica della Copertura. Se l'Assicurato ritarda inevitabilmente per una ragione in nessun modo attribuibile all'Assicurato, oltre il termine del Periodo di Copertura, la presente Polizza rimarrà automaticamente in vigore senza premio extra per un periodo non oltre:

a) 72 ore, se in ritardo mentre Voi viaggiate come passeggero pagante il costo di un biglietto in un mezzo di trasporto pubblico accreditato o in un veicolo privato e il ritardo è causato da un guasto meccanico, da un Incidente stradale o da intemperie; o

b) il periodo di degenza come paziente ricoverato in un Ospedale (salvo che tale periodo di degenza sia in eccesso del limite massimo per Ricovero Psichiatrico) OPPURE il periodo durante il quale Voi siete impossibilitato a viaggiare per motivazioni mediche (escluse condizioni psichiatriche) accettabili per il Responsabile dei Sinistri. A seguito della dimissione dall'Ospedale o a seguito dell'approvazione medica a viaggiare, verrà concessa un'ulteriore estensione di 72 ore.

Dichiarazione e Prova documentaria di Richiesta d'indennizzo. L'Assicurato o un beneficiario avente diritto a effettuare una richiesta d'indennizzo o l'agente di uno di essi, dovrà, (a) dare comunicazione scritta della richiesta d'indennizzo, comprendente un Modulo di Richiesta d'indennizzo compilato e gli originali di tutte le fatture, al Responsabile dei Sinistri o all'Amministratore del Piano, avendo per conto dell'Assicurato per l'invio di questa, o inviandola per posta, non più tardi di 30 giorni dalla data in cui si verifica la richiesta d'indennizzo ai sensi del contratto per motivo di Incidente, Infortunio, Malattia o disabilità; (b) entro 90 giorni dalla data in cui si verifica la richiesta d'indennizzo ai sensi del presente contratto per motivo di un Incidente, Infortunio, Malattia o disabilità, fornire al Responsabile dei Sinistri o all'Amministratore del Piano tale prova documentaria come ragionevolmente possibile nelle circostanze del verificarsi di un Incidente o dell'inizio dell'Infortunio, Malattia o disabilità, e la perdita così dovuta, il diritto del ricorrente a ricevere il pagamento, e (c) se così richiesto dal Responsabile dei Sinistri o dall'Amministratore del Piano, fornire un certificato soddisfacente riguardo alla causa o alla natura dell'Incidente, Infortunio, Malattia o disabilità per i quali può essere effettuata una richiesta d'indennizzo ai sensi del presente contratto. Questo riferimento a "disabilità" si riferisce agli indennizzi pagabili ai sensi degli Indennizzi per Morte Accidentale o Mutilazione.

Omissione di Avviso o Prova di richiesta d'Indennizzo. Il mancato invio dell'avviso di richiesta d'Indennizzo o delle prove a sostegno della richiesta del medesimo entro il tempo qui sopra indicato non comprometterà la validità della richiesta se l'avviso o le prove vengono inoltrate non appena sia ragionevolmente possibile, e in nessun caso più tardi di un anno dalla data dell'Incidente o dalla data in cui una richiesta di Indennizzo sia stata comunicata in base al contratto in seguito ad un Infortunio, malattia o disabilità se è dimostrato che non era ragionevolmente possibile dare avviso o fornire prova entro il tempo qui sopra indicato.

Amministratore del Piano responsabile di fornire i Moduli per la Prova documentaria di Richiesta d'indennizzo. I Moduli di richiesta vengono forniti con ciascuna Carta d'identità emessa e vengono anche forniti a tutte le scuole e organizzazioni. Allorché un Modulo di richiesta sia necessario, l'Amministratore del Piano ne fornirà

uno all'Assicurato via fax, e-mail o per posta. I Moduli di richiesta sono anche disponibili sul nostro sito web all'indirizzo: www.guard.me.

Dritti di Controllo medico. Come presupposto per la riscossione del denaro dell'assicurazione ai sensi del presente contratto, (a) il richiedente concederà all'Assicuratore un'opportunità di visitare l'Assicurato quando e tanto spesso quanto sia ragionevolmente richiesto nel periodo in cui la richiesta d'indennizzo, di seguito specificata, sia in attesa. Il medico e il luogo di tale controllo medico saranno a discrezione dell'Assicuratore. L'Assicurato accetta di cooperare e fornire dettagli completi al medico. Tale medico può, insieme all'apporto del medico curante, formulare ulteriori raccomandazioni per aiutare nel recupero o nella guarigione. e (b) in caso di decesso della persona assicurata, l'Assicuratore può richiedere un'autopsia soggetta a qualsiasi legge della giurisdizione applicabile alle autopsie.

Inadempienza di tali Obblighi. Noi possiamo scegliere di limitare o rifiutare pagamenti quando (a) l'Assicurato o la parte interessata al pagamento sia negligente nell'adempimento di qualsiasi obbligo a esso/essa derivante e abbia così facendo danneggiato gli interessi dell'Assicuratore; (b) siano stati forniti fatti in modo incorretto o insufficiente, o siano stati travisati, o se siano OSTATI forniti dati falsi, (c) nel caso in cui un Assicurato subisca un Infortunio o Malattia, l'Assicurato deve ricorrere a immediate cure mediche e deve seguire tutte le indicazioni, prescrizioni e ordini dei dottori. Il mancato rispetto di tale obbligo può comportare la riduzione o il rifiuto dei pagamenti.

Quando avviene il Rimborso. Tutto il denaro pagabile ai sensi del presente contratto verrà pagato dall'Assicuratore entro 90 giorni dal ricevimento di prova documentaria accettabile di richiesta d'indennizzo.

Limitazione d'Azioni legali. Un'azione legale o un procedimento nei confronti dell'Assicuratore per il recupero di una richiesta d'indennizzo ai sensi del presente contratto non potrà essere iniziato più di due anni dopo la data in cui il denaro dell'assicurazione diventa pagabile o sarebbe diventato pagabile se fosse stata una richiesta d'indennizzo valida.

PROCEDURA PER LA RICHIESTA D'INDENNIZZO

1. **Dovete chiamare** il Numero d'Assistenza d'Emergenza fornito di seguito **PRIMA del ricovero in Ospedale in qualità di paziente degente e per ottenere una preventiva approvazione scritta PRIMA che vengano pagate spese nei seguenti casi:**

- Esami Diagnostici Complessi
- Operazione Chirurgica
- Trasporto Famiglia
- Operazioni dentali
- Evacuazione aerea
- Rimpatrio / Funerale

2. Presentate la Vostra Carta d'identità **guard.me** ai Vostri fornitori di servizi medici.

3. Riempire un modulo di richiesta d'indennizzo per CIASCUNA nuova Malattia o Infortunio quando curati PER LA PRIMA VOLTA. Portarlo con Voi al Vostro primo appuntamento se possibile Potete fotocopiare un modulo in bianco di richiesta d'indennizzo per uso futuro o ottenere dei moduli dalla Vostra organizzazione o dal nostro sito web all'indirizzo www.guard.me.

4. Entro 30 giorni dalle prime spese mediche, collegatevi al sito www.guard.me per depositare elettronicamente la richiesta di indennizzo oppure **SPEDIRE PER POSTA:**

- Il modulo di richiesta d'indennizzo compilato
- Gli **originali** delle fatture/ricevute dettagliate
- Includere relazioni mediche, relazione del pronto soccorso, anamnesi e dati fisici, relazioni chirurgiche, di laboratorio, raggi X e dimissioni a:

Guard.me Claims
80 Allstate PKWY, 3rd Floor
Markham, Ontario L3R 6H3

Ricordate di conservarne una copia per il Vostro archivio

5. Per una richiesta d'indennizzo a causa di decesso, il beneficiario o altra persona avente diritto alla richiesta deve chiamare Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. per presentare la richiesta. I dettagli della richiesta devono essere inviati con il certificato di morte originale o altra prova della morte, accettabile per Noi.

Non accettiamo alcuna responsabilità per qualsiasi richiesta d'indennizzo a Noi pervenuta più di 1 anno dopo la data del sinistro.

Le richieste d'indennizzo non possono essere prese in considerazione qualora il modulo di richiesta non sia stato compilato in toto e firmato dal ricorrente e inviato con tutta la documentazione ORIGINALE richiesta che ci deve essere fornita senza alcuna spesa.

Il pagamento non verrà rilasciato finché tutte le fatture e ricevute originali non siano state ricevute dal Responsabile dei Sinistri.

Sottoscritto da:
Old Republic Insurance Company of Canada
100 King Street West, 11th Floor
Hamilton, Ontario CANADA L8N 3K9

AVVISO SULLA PRIVACY/SULLA PROTEZIONE DEI DATI

La Compagnia e il nostro Amministratore del piano (collettivamente la "Compagnia" e "nostro" in questa sezione della privacy) sono impegnati a tutelare la privacy dell'Assicurato. All'atto dell'acquisto della Polizza, l'Assicurato ha dato il suo consenso alla raccolta e al trattamento dei suoi dati personali da parte della Compagnia, conformemente al presente Avviso sulla privacy/sulla protezione dei dati. Le informazioni fornite verranno utilizzate esclusivamente per stabilire l'idoneità dell'Assicurato alla copertura inclusa in questa Polizza, per valutare i rischi assicurativi, per gestire e deliberare le richieste di rimborso e per negoziare o definire i pagamenti nei confronti di soggetti terzi. Queste informazioni potranno inoltre essere condivise con soggetti terzi, come le altre compagnie di assicurazione, le organizzazioni sanitarie e i piani di assicurazione sanitaria statali per deliberare ed elaborare le richieste di rimborso. I dati personali dell'Assicurato sono raccolti ed elaborati in linea con la legislazione in vigore sulla privacy e sulla protezione dei dati. La Compagnia presta la massima attenzione perché i dati personali dell'Assicurato siano sempre accurati, riservati e protetti. In caso di domande riguardanti la Politica sulla privacy della Compagnia, si prega di contattare il nostro funzionario per la privacy al numero +1 905-523-5587 o di inviare un'email all'indirizzo: privacy@oldrepublic-group.com.

PROCEDURE D'EMERGENZA

- Contattare il Numero verde d'Assistenza d'Emergenza 24 ore su 24: 1-800-334-7787 (America del Nord) o il numero telefonico a carico del destinatario (905) 667-0587
1. entro 24 ore dal ricovero in Ospedale o se reso incapace, non appena ragionevolmente possibile;
 2. per qualsiasi indennizzo quando è richiesta precedente approvazione;
 3. prima di sostenere QUALSIASI spesa medica.

La Mancata notifica al Responsabile dei Sinistri come richiesto limiterà la Nostra responsabilità al 90% delle spese ammissibili sostenute.