

STUDENT GUARD®

POLIZZA ASSICURATIVA PER LE EMERGENZE SANITARIE

www.guard.me

COPERTURA IN VIAGGIO PER IL CANADA

VI PREGHIAMO DI 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.

DEFINIZIONI

Laddove vengano usati nella presente Polizza o in qualsiasi emendamento di essa, i seguenti termini saranno scritti con la lettera iniziale in maiuscolo ed avranno il significato specificato qui sotto.

Incidente/Incidentale indica un evento esterno improvviso, inaspettato, imprevedibile ed inevitabile, che ha cagionato direttamente ed indipendentemente da altre cause, un Infortunio corporeo ad un Assicurato durante il Periodo di Copertura.

Domanda indica il Nostro apposito Modulo che Voi dovrete compilare interamente ed inoltrare per richiedere un'assicurazione ai sensi della presente Polizza. Il Modulo fa parte del contratto di assicurazione ed alcuni termini sono definiti nella Domanda, mentre altri sono definiti alla voce Definizioni della presente Polizza.

Massimale indica la somma dichiarata quale massimo esborso per qualsiasi particolare beneficio e si applica alle prestazioni ricevute durante il Periodo di Copertura. Independentemente dal numero di polizze emesse in un dato periodo di 365 giorni. I Massimali non si rinnovano per ulteriori Periodi di Copertura a meno che: a) non siano trascorsi 365 giorni dalla Data di Entrata in Vigore della polizza originariamente acquistata e dall'anniversario della stessa negli anni successivi, oppure b) non sia giunta la Data di Entrata in Vigore di un altro Periodo di Copertura, purché siano trascorsi più di 365 giorni dalla Data di Entrata in Vigore del Periodo di Copertura originario della prima polizza.

Amministratore del Reclamo indica la Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. (T.H.I.S.) (Assicurazione Sanitaria per Chi Viaggia).

Mezzo Correttivo significa un mezzo di cui Voi vi dovete avvalere su consiglio di un medico al fine di correggere un'invalidità fisica e senza il quale sarebbe fisicamente impossibile per Voi continuare a studiare o insegnare presso l'istituto dove siete iscritti o dove insegnate. I "Mezzi Correttivi" includono arti protesici, sedie a rotelle, cani-guida e auricolari, ma non occhiali da vista.

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

Periodo di Copertura indica il periodo di tempo durante il quale Voi siete assicurati, godendo dei benefici indicati nella presente Polizza, a partire dalle ore 00:01 antimeridiane della Data di Entrata in Vigore fino alle ore 24:00 (mezzanotte) della data (a) indicata quale Data di Scadenza sulla Domanda; oppure (b) della scadenza di qualsiasi proroga alla presente Polizza. Qualora Voi ritornaste al vostro Paese d'Origine per qualsiasi ragione ad eccezione dell'**Escursione o Copertura nel Paese d'Origine - Canadesi** (si veda **Benefici**), la copertura scadrà a decorrere dalla data del Vostro Ritorno al Paese d'Origine. Il Periodo Massimo di Copertura, incluse le proroghe, è di 365 giorni consecutivi a partire dalla Data di Entrata in Vigore.

Dentista significa un medico dentista qualificato e legalmente abilitato ad esercitare la propria professione nel luogo dove vengono erogate le prestazioni odontoiatriche, ad esclusione dell'Assicurato e dei parenti del Medesimo.

Data di Entrata in Vigore indica la data in cui ha inizio la Vostra copertura in base alla presente Polizza. La Copertura inizia nell'ultimo giorno e nell'ora (a) in cui viene corrisposto il premio richiesto, oppure (b) che Voi chiedete quale Data d'Inizio nella Vostra Domanda, oppure (c) la data in cui avete lasciato il vostro Paese d'Origine, oppure (d) per i canadesi di ritorno in patria, la data in cui siete tornati in Canada.

Idoneo indica qualsiasi persona di età inferiore ai 65 anni che viaggi al di fuori del suo Paese d'Origine (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, i genitori e le persone a carico sopra i 15 giorni e sotto i 19 anni d'età.

Emergenza indica qualsiasi Malattia o Infortunio improvviso che si verifichi durante il Periodo di Copertura e che richieda immediate Cure Mediche per alleviare dolori e sofferenze acuti.

Paese d'Origine indica il paese dove l'Assicurato risiede permanentemente.

Ospedale indica una struttura che principalmente ricovera e cura i pazienti, che è qualificata come Ospedale nella giurisdizione dove le cure vengono erogate, che fornisce un servizio di assistenza infermieristica 24 ore su 24 per mezzo di infermieri diplomati o professionisti, che possiede un personale di uno o più Medici a disposizione 24 ore al giorno, che offre strutture organizzate per procedure diagnostiche e chirurgiche, che mantiene attrezzature radiografiche e per sala operatoria, che non è principalmente una clinica, casa di cura, riposo o convalescenza o simile struttura e che non è, se non incidentalmente, un luogo per la cura dell'alcolismo o della tossicodipendenza.

In Arrivo (Inbound) indica una persona in possesso dei requisiti d'idoneità contrattuale il cui Paese d'Origine non è il Canada e che risiede temporaneamente in Canada. È garantita la copertura per viaggi intra-provinciali.

Infortunio indica un danno corporeo ad un Assicurato dovuto ad un incidente avvenuto inizialmente durante il Periodo di Copertura.

Assicurato, Voi o Vostro indica una persona in possesso dei requisiti d'idoneità che abbia presentato domanda e pagato il premio relativamente alla presente Polizza e che abbia ottenuto l'approvazione della copertura da parte dell'Amministratore del Programmasotto forma di conferma o di una tessera d'identificazione polizza valida.

Assicuratore, Noi o Nostro indica la **Reliable Life Insurance Company**.

Trattamenti Medici significa consigli medici, consulenze, cure, servizi o diagnosi forniti da un Medico o infermiere qualificato.

Terapeuticamente Necessario significa quei servizi o forniture messi a Vostra disposizione necessari per identificare o curare la Vostra Malattia o Infortunio di Emergenza e che sono volti ad alleviare il dolore o la sofferenza acuti, oppure che servono ad identificare o curare la Vostra Malattia o Infortunio di Emergenza; oppure, in riferimento ai servizi ospedalieri, quei servizi o forniture che vi vengono estesi senza ricovero.

Farmaco significa un farmaco che è considerato Terapeuticamente Necessario per la cura o l'alleviamento di una Malattia o Infortunio di Emergenza e che è disponibile solo su ricetta preparata da un Medico o Dentista.

In Uscita (Outbound) significa un Assicurato in possesso dei requisiti d'idoneità contrattuale il cui Paese d'Origine è il Canada e che risiede temporaneamente fuori dal Canada.

Operatore Paramedico indica una persona che possiede i requisiti professionali e legali per fornire i servizi di un chiropratico, osteopata, naturopata, agopunturista, podologo o podiatra ma non include l'Assicurato o un parente del medesimo. Non è necessaria la richiesta di un medico.

Amministratore del Programma indica la Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. (T.H.I.S.)

Medico indica un dottore in medicina qualificato e legalmente abilitato alla professione nel luogo dove i servizi medici vengono erogati, ad esclusione dell'Assicurato o di un parente di esso.

Psichiatra indica un dottore in psichiatria qualificato, legalmente abilitato ad esercitare la professione di psichiatra nel luogo dove i servizi psichiatrici vengono erogati, ad esclusione dell'Assicurato o di un parente di esso.

Psicologo indica un dottore in psicologia qualificato, legalmente abilitato ad esercitare la professione di psicologo nel luogo dove i servizi psicologici vengono erogati, ad esclusione dell'Assicurato o di un parente di esso.

Spese Ragionevoli e Consuete indica le somme solitamente addebitate per il trattamento, i servizi o le forniture volte ad offrire il livello appropriato di cure per la gravità della condizione di Emergenza che viene trattata, nel luogo geografico dove vengono prestati il trattamento, i servizi o le forniture.

Malattia indica l'apparizione improvvisa di una malattia o disturbo, mentre la presente assicurazione è valida, che sia sufficientemente seria/o da indurvi a rivolgervi al Pronto Soccorso.

Data di Scadenza significa la data in cui la vostra copertura scade in base alla presente Polizza. La copertura scade nella più remota delle seguenti date: (a) la data indicata quale Data di Scadenza sulla Vostra domanda di assicurazione; (b) la scadenza di qualsiasi proroga della presente Polizza. Qualora voi ritornaste al Vostro Paese d'Origine per qualsiasi ragione a parte quella indicata nell'**Escursione o Copertura nel Paese d'Origine - Canadesi** (si veda la voce Benefici), la copertura terminerà il giorno del Vostro Ritorno al Paese d'Origine.

CONTRATTO ASSICURATIVO

Se una persona in possesso dei requisiti di idoneità contrattuale subisce un Infortunio o Malattia causanti un'Emergenza durante il Periodo di Copertura, Noi pagheremo i benefici indicati nella presente Polizza, salvo restando tutti i suoi termini, le sue condizioni, limitazioni ed altri provvedimenti, per le Spese Ragionevoli e Consuete che verranno sostenute, per il minore tra il Massimale per tale particolare beneficio, ed il massimale della Polizza di \$2.000.000. Tutti i massimali contenuti nella presente Polizza si intendono per ogni Assicurato e per il Periodo di Copertura salvo se diversamente indicato, e sono dichiarati in dollari canadesi. È una condizione precedente alla copertura in base alla presente Polizza che alla Data Effettiva l'Assicurato non è consapevole di alcuna condizione medica che possa indurre l'Assicurato a sostenere spese mediche durante il Periodo di Copertura.

BENEFICI

I benefici contenuti nella presente Polizza non sono soggetti ad alcuna franchigia. I benefici vengono pagati in base agli addebiti Ragionevoli e Consueti per i servizi forniti durante il Periodo di Copertura fino al massimale specificato. La Vostra assicurazione copre fino a \$2.000.000 in benefici totali per i seguenti servizi Terapeuticamente Necessari richiesti per curare una condizione idonea ai sensi della presente polizza, condizione nuova ed emergente che nasce dopo la Data Effettiva della Copertura. Questi servizi Terapeuticamente Necessari comprendono le ragionevoli visite di follow up, le analisi e le operazioni chirurgiche finché l'emergenza iniziale non sarà risolta e la condizione stabilizzata.

Servizi Ospedalieri • Gli addebiti applicati da un ospedale per vitto e alloggio semi-privati ed altri servizi e forniture necessari, inclusi i farmaci somministrati durante la degenza in Ospedale; non vi sono limiti al numero di giorni; camera privata laddove terapeuticamente necessaria secondo la decisione e l'approvazione da parte dell'Amministratore del Programma. Per un Ricovero in Ospedale Psichiatrico, si veda sotto; gli addebiti per le Cure Mediche fornite da un Pronto Soccorso con o senza ricovero; gli addebiti per anestesia o trasfusioni di sangue e la somministrazione delle medesime. **Qualsiasi intervento chirurgico necessita l'approvazione scritta da parte dell'Amministratore del Reclamo**, salvo nel caso in cui un ritardo metta a repentaglio la vita.

Parcelle Mediche • tutti gli addebiti richiesti da un Medico per servizi professionali o Cure Mediche; **Cure Psichiatriche** • quando vengono fornite in seguito ad un ricovero al Pronto Soccorso, le parcelle per i servizi di un Psichiatra verranno rimborsate per un massimale a vita di \$10.000.

Ricovero in Ospedale Psichiatrico • Laddove si renda necessario un Ricovero presso un Ospedale Psichiatrico, i benefici sono rimborsabili fino ad un massimo a vita di 30 giorni.

Psicoterapia • Fino a \$1.000 di massimale per i costi delle cure senza ricovero, incluse le consulenze psichiatriche e psicologiche.

Radiografie, Esami di Laboratorio e Diagnostici • Spese per i servizi tecnici ed interpretativi. **È necessaria l'approvazione scritta da parte dell'Amministratore del Reclamo** per tutti gli importanti esami diagnostici, inclusi ma non limitati alle Risonanze Magnetiche (MRI) e le Tomografie assiali al computer (TAC).

Farmaci su Ricetta • Limitatamente ad una fornitura di 30 giorni di qualsiasi tipo eccetto quelli prescritti durante il ricovero in ospedale.

Cure Infermieristiche Private • Fino a \$15.000 di massimale per i servizi di un'Infermiera Diplomata, Assistente ad Infermiera Diplomata o Badante, ad esclusione dell'Assicurato, un parente dell'Assicurato, o una persona che normalmente risiede con l'Assicurato, su ordine del Medico curante.

Fisioterapia e Logopedia • Fino a \$1.000 di massimale per i costi delle prestazioni fisioterapeutiche o logopediche, eccetto quelle fornite nell'ambito di un ricovero ospedaliero.

Attrezzature e Forniture Mediche • **Rimborsabili solo se necessarie in seguito a Malattia o Infortunio coperti dalla Polizza.** Acquisto di apparecchiature mediche, incluse bende e protesi; costi di noleggio per sedie a rotelle, stampelle, letti di tipo ospedaliero o altre apparecchiature che non eccedano il prezzo d'acquisto. Fino a \$200 di massimale per occhiali o lenti a contatto da vista, o fino a \$300 di massimale per apparecchi acustici. Fino a \$300 di massimale per ausili ortopedici su misura, o fino a \$800 di massimale per apparecchio ortopedico su misura per il ginocchio.

Trasporto d'emergenza • Il costo per intero del servizio abilitato di ambulanza fino al più vicino Ospedale, laddove necessario per motivi sanitari; i trasferimenti di emergenza tra Ospedali quando ordinati dal Medico curante, incluse le spese dell'usufrutto del servizio; OPPURE, il costo del taxi per o da un Ospedale o clinica per assistenza medica idonea, fino ad un massimo di \$100.

Servizi Paramedici • Fino ad un massimo di \$500 per Professionisti Sanitari (chiroprata, osteopata, naturopata, agopunturista, chiropodo o podiatra) per qualsiasi servizio, incluse le radiografie.

Cure Odontoiatriche Accidentali • Fino a \$4.000 di massimale per trattamenti odontoiatrici di emergenza finalizzati alla riparazione o sostituzione di denti naturali o denti artificiali impiantati, in seguito ad un Infortunio causato da un colpo Accidentale alla bocca. Fino ad un massimo di \$500 per riparazioni di emergenza a denti artificiali, inclusi ponti e dentiere. Il trattamento deve avere luogo entro 90 giorni dall'Incidente. Le spese sostenute a causa di Incidenti o Infortuni di masticaione dovuti all'introduzione nella bocca di oggetti non sono rimborsabili.

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 6 mesi consecutivi di copertura*, fino ad un massimo di \$600 per cure odontoiatriche di emergenza per il sollievo immediato di dolore e sofferenza, comprese canalizzazioni e denti del giudizio.

Trattamenti per Verruche • Costi per trattamenti di qualsiasi tipo di verruca fino a \$500 di massimale.

Maternità • Laddove la gravidanza inizi dopo la Data di Entrata in Vigore della presente Polizza, le complicazioni gravi dovute alla gravidanza sono coperte secondo il massimale complessivo della polizza. Le complicazioni gravi non includono le normali condizioni di gravidanza, incluse ma non limitate a nausea mattutina, perdite di sangue, ultrasuoni, analisi del sangue e delle urine, incluse le analisi per il diabete gestazionale.

Visita medica annuale • *Quando è stata sottoscritta una copertura minima di 6 mesi consecutivi*, Noi pagheremo fino a \$150 di massimale per ogni visita presso un Medico in Canada entro un periodo di 365 giorni 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 6 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 Mezzo Correttivo, Protezione contro Malfunzionamento e Furto • Se, mentre questa polizza è in vigore, un Mezzo Correttivo da Voi richiesto viene rubato e non

BENEFICI

recuperato, oppure soffre di un malfunzionamento o difetto che si manifesti mentre Voi siete coperti da questa Polizza, e che rende inutilizzabile il Vostro Mezzo Correttivo, noi pagheremo fino alla somma di \$1.000 di massimale per sostituire o riparare il Vostro Mezzo Correttivo. Non paghiamo per difetti o malfunzionamenti coperti dalla garanzia del fabbricante.

Terapia Post-traumatica • Se un assicurato subisce un danno riportato nella Tabella dei Danni (ad eccezione della perdita della vita; si veda sotto) entro 90 giorni dalla data di un Incidente che si è verificato durante il periodo di Copertura Assicurativa, Noi rimborsiamo fino ad un massimo di sei sessioni di terapia post-traumatica.

Morte e Amputazione Accidentale • Se un Assicurato decede o subisce un'invalidità permanente a causa di un Incidente, Infortunio, Malattia o Evento coperto entro 90 giorni dalla data dell'Incidente avvenuto durante il Periodo di Copertura, Noi pagheremo conformemente alla seguente Tabella dei Danni fino ad un massimo complessivo pari a \$50.000. Se il rimborso complessivo richiestoci per lo stesso Incidente supera i \$1.250.000, la Nostra responsabilità per tale Incidente sarà limitata a \$1.250.000, che saranno ripartiti proporzionalmente tra tutti i richiedenti, i quali sono costituiti dalle persone assicurate tramite la polizza StudentGuard. I benefici sono pagabili all'eredità dell'Assicurato.

Tabella dei Danni

Perdita della vita	\$50.000
Perdita di due o più arti	\$50.000
Perdita vista da entrambi gli occhi	\$50.000
Perdita di un arto e vista in un occhio	\$50.000
Perdita di un arto	\$25.000
Perdita vista da un occhio	\$25.000

"Perdita di arti" indica l'amputazione di mani o piedi presso o sopra il polso o l'articolazione della caviglia rispettivamente, oppure una paralisi irreversibile completa.

La "Perdita della vista" deve essere completa e irrecuperabile.

SCOMPARSA – Qualora un Assicurato dovesse scomparire, e dopo un determinato periodo di tempo è ragionevole credere che tale Assicurato sia morto a causa di Danno al Corpo, il Beneficio per Morte diventerà pagabile in ottemperanza ad un accordo firmato in base al quale, se tale supposizione si rivelasse errata, tale Beneficio per Morte ci verrà rimborsato.

ESPOSIZIONE – l'Infortunio ad un Assicurato come diretta causa di un'esposizione inevitabile al clima sarà ritenuto causato da Infortunio al Corpo ed i benefici verranno elargiti in base alla Tabella dei Danni di cui sopra.

TRASPORTO COMUNE – nel caso di morte di un Assicurato a causa di un infortunio provocato mentre l'Assicurato era un passeggero pagante su (a) qualsiasi forma di trasporto pubblico o (b) su un volo di linea in aereo o elicottero, il beneficio aumenta a \$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 i \$200.000 complessivi per ogni periodo di copertura.

Evacuazione in Aereo • Il costo per trasportarvi all'Ospedale più vicino o in un Ospedale del Vostro Paese d'Origine se terapeuticamente necessario, e precisamente:

- come passeggero in barella su un volo di linea, inclusi i biglietti di ritorno in seconda classe per assistenti medici qualificati (non un parente) e loro costi e spese associati; oppure
- con aereo-ambulanza espressamente attrezzato, incluse le spese accessorie ed i costi per un equipaggio qualificato.

I costi di atterraggio a ciascuna destinazione del volo ed i voli di collegamento sono inclusi. Il Medico curante deve certificare che l'Assicurato sia medicalmente idoneo per il tipo di trasferta prescelto.

Trasporto di familiari e Contributo al Vitto e l'Alloggio • Se non avete familiari nel raggio di 500 chilometri da voi, mentre siete fuori del vostro Paese d'Origine, e siete ricoverati in ospedale ed il ricovero prevede una durata di almeno 7 giorni, o nel caso di morte dell'assicurato, Noi vi rimborsiamo fino a \$5.000 per i costi di trasporto di andata e ritorno, con la tariffa più vantaggiosa e la via più diretta per due persone da Voi nominate per raggiungervi nel luogo di degenza. Inoltre, Noi rimborsiamo fino a \$1.500 per il vitto e l'alloggio per queste due persone, per un periodo massimo di 10 giorni. Il Medico curante deve certificare che la situazione sia di gravità tale da giustificare la visita. Gli assicurati interessati sono tenuti a presentare tutti i conti e le ricevute all'Amministratore del Reclamo.

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 \$15.000 a fronte di costi ragionevoli e necessari per la preparazione ed il ritorno della salma dell'Assicurato fino al suo Paese d'Origine, 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 tumulazione nel luogo in cui si verifica il decesso. I costi per la bara, urna, pietra tombale o funerale sono esclusi.

ESCLUSIONI

Noi non pagheremo alcuna spesa derivante direttamente o indirettamente da:

- una condizione preesistente, ovvero una malattia, infortunio o altra condizione che già causava sintomi o segni e/o che richiedeva consulti o indagini mediche, sia che la diagnosi fosse stata definita o meno, e/o qualsiasi forma di trattamento medico fornito da un Medico o altro professionista nei 3 mesi immediatamente precedenti la Data di Validità, o se all'inizio della copertura, una condizione era conosciuta o presente in modo tale che sarebbe stato ragionevole prevedere delle spese ad essa legate.
Quanto segue non costituisce trattamento medico ai fini dell'esclusione in base a condizioni preesistenti:
 - l'uso costante di farmaci, che significa che nessuna modifica nei farmaci, nell'uso o nel dosaggio è stata prescritta da un Medico o altro Professionista;
 - un check-up quando un Medico o un altro Professionista non osserva alcun cambiamento significativo in una condizione, sintomo o problema notato in precedenza;
- Trattamenti medici facoltativi o non urgenti, incluso qualsiasi trattamento fornito per mantenere la stabilità di una malattia o una condizione cronica, incluse le visite mediche per

ESCLUSIONI

il rifornimento di farmaci, le analisi o gli esami che fanno parte di un normale regime, o per il trattamento di disturbi o condizioni congenite o difetti genetici, o per il trattamento non richiesto per il sollievo immediato del dolore e della sofferenza, o che non possono ragionevolmente essere posticipati fino al ritorno dell'Assicurato nel suo Paese d'Origine (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 per continuare il trattamento 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 reperibili senza ricetta (compresi senza limitazione farmaci da banco come l'acetaminofene o i prodotti contro raffreddori e allergie); farmaci per la fertilità; contraccettivi; farmaci per la disfunzione erettile; farmaci contro la calvizie; farmaci per smettere di fumare; vaccinazioni o iniezioni; preparati vitaminici o integratori; oppure farmaci ricevuti a titolo preventivo;
- chirurgia plastica o cosmetica, eccetto a causa di un Infortunio coperto dalla Polizza; sostituzione, estrazione o riparazione di una protesi esistente (eccetto se rimborsabile in base al Beneficio per Dispositivi Correttivi);
- 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); prestazioni mediche per ogni infortunio subito, o malattia che sia iniziata nel Vostro Paese d'Origine durante il Periodo di copertura;
- gravidanza normale; nascita normale; aborto volontario;
- il virus da Immunodeficienza umana (HIV) o Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o Complesso relativo all'Aids (ARC);
- suicidio, tentato suicidio, ferite auto-inflitte, pazzia, disturbi mentali o emotivi se non seguiti da ricovero (si veda Benefici per Cure Psichiatriche, Ricovero in Ospedale Psichiatrico) o reazioni che comprendono, ma che non sono limitate a: stress, ansia, attacchi di panico, depressione, qualsiasi disturbo alimentare o problema di peso (ad esclusione dei trattamenti descritti alla voce Benefici Psicoterapeutici);
- le vostre azioni volontarie che siano falsate o influenzate negativamente da farmaci, droghe, alcol o intossicanti; qualsiasi richiesta d'indennizzo medico relativa all'uso o all'abuso di droghe o alcool;
- partecipazione a sport a livello professionale o attività rischiose, come manifestazioni di velocità motoristica, paracadutismo, paracadutismo acrobatico, volo in deltaplano, bungee jumping, speleologia, alpinismo, scalate di rocce o scogliere, oppure immersioni;
- la guida di qualsiasi tipo di velivolo o il viaggiare come passeggero su un qualsiasi volo non-commerciale; l'utilizzo di qualsiasi forma di trasporto motorizzato su terra o acqua senza una patente valida per l'area in cui si svolge l'azione; viaggi in motocicletta, moto da neve o qualsiasi tipo di veicolo fuoristrada durante una competizione, eccetto laddove non esistano strade nella zona interessata;
- infortuni o malattie causati mentre si segue un corso o si partecipa a qualsiasi titolo come membro di qualsiasi forza armata, o mentre si partecipa attivamente a qualsiasi conflitto o guerra, o sostenute durante un'azione criminosa. In ogni caso, se dichiarerete che l'infortunio deriva da azioni belliche o simili in cui Voi non eravate partecipanti attivi, ed entro 48 ore dall'inizio di tali ostilità, ogni spesa sostenuta a seguito di tale incidente sarà coperta dalla Polizza.
- qualsiasi onere dovuto a interessi, operazioni finanziarie o pagamenti tardivi;
- infortunio o malattia coperti da qualsiasi altra forma di assicurazione, indennità o piano sotto la responsabilità di terzi;
- infortunio o malattia contratti in un paese per il quale al momento della partenza il Governo del Paese d'Origine abbia emesso una serie di moniti sulla pericolosità del viaggio;
- viaggi intrapresi con il parere contrario di un Medico o un Professionista, oppure al fine di ottenere dei Trattamenti medici o quando una prognosi infausta era stata data all'assicurato prima del Periodo di copertura.
- Qualsiasi spesa sostenuta a causa del rifiuto dell'Assicurato di accettare o seguire il consiglio, trattamento o consiglio di trattamento di un Medico.

LIMITAZIONI

Ci riserviamo di organizzare il trasporto per il Vostro rientro nel Vostro Paese d'Origine in seguito ad un'Emergenza, sia prima che dopo aver ricevuto un Trattamento medico, o Prestazioni mediche od Ospedaliere. Se Voi rifiutate di rientrare in patria pur essendo stati dichiarati medicalmente in grado di viaggiare da parte dell'Amministratore del Reclamo, Noi non pagheremo ulteriori spese per ricadute o complicazioni derivanti direttamente o indirettamente da tale rifiuto.

Limitazioni alla responsabilità.

L'Assicuratore, l'Amministratore del Programma e/o l'Amministratore del Reclamo non sono responsabili per la disponibilità, la qualità o i risultati di qualsiasi Trattamento Medico, o per il Vostro mancato ottenimento di un Trattamento Medico o trasporto e non saranno ritenuti responsabili in caso di qualsiasi negligenza, azione erronea od omissione da parte di qualsiasi fornitore di servizi.

CONDIZIONI GENERALI

Il Contratto. La Domanda di sottoscrizione dell'assicurazione, la presente Polizza e qualsiasi documento allegato alla medesima nonché qualsiasi modifica apportata per iscritto al contratto e convenuta in seguito all'emissione della Polizza stessa, costituiscono l'intero contratto, e nessuno ha l'autorità di modificare il contratto o di rinunciare ad alcuna delle sue clausole.

Rinuncia. Non si riterrà che l'Assicuratore abbia rinunciato a qualsiasi condizione del presente contratto, per intero o in parte, salvo che la rinuncia sia espressa chiaramente per iscritto e firmata dall'Assicuratore.

Copia della Domanda di Assicurazione. L'Assicuratore dovrà fornire, su richiesta, Copia della Domanda all'Assicurato secondo i termini contrattuali.

Pagamento del premio. L'intero premio è pagabile nel momento in cui si sottoscrive l'assicurazione. Se per qualsiasi motivo il premio pagato per la copertura applicata è errato, Noi a) addeberemo e riscuoteremo la differenza, o b) abbrevieremo il Periodo di Copertura se la differenza di pagamento non può essere riscossa dall'istituto finanziario, o c) rimborseremo qualsiasi pagamento in eccesso. La copertura sarà nulla e terminerà se per qualsiasi motivo il vostro pagamento non sarà onorato dall'istituto finanziario. Il premio è calcolato utilizzando i più comuni parametri di calcolo alla data in cui Voi avete richiesto la copertura e per la Vostra età alla Data di validità. Ci riserviamo di rifiutare qualsiasi richiesta di sottoscrizione dell'assicurazione.

Multipli Contratti e Polizze di Assicurazione. Nell'eventualità che più di un contratto venga emesso a favore di un unico Assicurato, i benefici saranno limitati al massimo rimborsabile secondo uno solo dei contratti in qualsiasi momento, e verrà emesso un rimborso per gli altri premi.

Falsa dichiarazione o occultamento di fatti. Tutti i benefici derivanti dalla presente Polizza saranno annullati se, prima o dopo un danno, l'Assicurato ha nascosto o mistificato qualsiasi fatto o circostanza materiale riguardante la copertura o i relativi fatti, o gli interessi dell'Assicurato o qualsiasi truffa o dichiarazione fasulla da parte dell'Assicurato.

Fatti Materiali. Nessuna dichiarazione fatta da un Assicurato al momento della Domanda di Assicurazione relativa al presente contratto potrà essere usata in difesa di una richiesta d'indennizzo nei termini del presente contratto o allo scopo di evitare il presente contratto, salvo che sia contenuta nella Domanda stessa o in qualsiasi dichiarazione scritta o risposta data come prova di assicurabilità.

Legge applicabile. Questa Polizza è regolata dalle leggi della provincia canadese dell'Ontario in cui essa è stata venduta. Qualsiasi azione o procedimento contro l'Assicuratore volti al recupero di indennizzi coperti dalla presente Polizza devono essere intentati nella provincia canadese dell'Ontario in cui è stata venduta la Polizza e devono iniziare entro 1 anno dalla data in cui si è verificato il fatto che ha portato all'azione legale.

Pagamenti dei benefici. Tutti i benefici sono pagabili a Voi direttamente, a meno che Voi non delegiate il Vostro diritto di pagamento direttamente al fornitore del servizio o ad altro incaricato. Nell'evento del Vostro decesso, tutti i benefici sono pagabili ai vostri eredi. L'esborso dei benefici non comporta il pagamento di alcun interesse.

Valuta. Tutte le somme dei premi, i Massimali ed i pagamenti sono indicate in dollari canadesi, se non specificato diversamente. Ai fini del rimborso, il tasso di scambio sulla valuta straniera sarà determinato nella data in cui è stato effettuato il pagamento e sarà quotato dall'istituto finanziario canadese scelto dall'Amministratore del Reclamo. A nostra discrezione, potremmo pagare un rimborso basato sui benefici nella valuta del paese in cui si è verificato il danno.

Coordinamento dei benefici. I benefici contenuti nella presente Polizza sono pagabili in aggiunta a quelli disponibili in base a qualsiasi altra Polizza o piano assicurativo valido ed esigibile e in base a cui siete autorizzati a chiedere un indennizzo, inclusi, ma non solo, il piano di assicurazione sanitaria del governo Canadese, assicurazioni per infortuni e malattie personali o collettive, copertura per cure mediche/sanitarie estese, qualsiasi assicurazione automobilistica o piano benefici, assicurazioni per proprietari immobiliari, inquilini o altra assicurazione multi-rischio, assicurazioni legate a carte di credito e altre assicurazioni per viaggi. Qualsiasi pagamento erogato in base alla presente Polizza sarà coordinato con qualsiasi altro piano che fornisca una copertura simile, a patto che il totale dei benefici pagabili in base alle polizze o i piani non ecceda il 100% delle spese sostenute.

Estinzione da parte dell'Assicurato. L'Assicurato può estinguere il presente contratto in qualsiasi momento dando avviso scritto di estinzione all'Amministratore del Programma che agisce per conto dell'Assicuratore, o consegnando quanto detto ad un soggetto autorizzato (quali una scuola o un'organizzazione). Se la presente Polizza viene estinta prima della Data di Validità per motivi medici, l'Assicurato (o un suo avente diritto, se applicabile) riceverà il pieno rimborso dei premi pagati. Se la Polizza viene annullata per qualsiasi altro motivo, verrà richiesta una tassa amministrativa di \$25. Se la Polizza viene annullata dopo la Data di Validità, Noi rimborseremo i premi pagati per la copertura non usufruita meno una tassa amministrativa di \$25, a condizione che non vi sia stata alcuna richiesta di indennizzo o che quest'ultimo sia stato pagato, o che sia pendente. Ad ogni rimborso viene applicato un determinato periodo di attesa.

Rimborsi. 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 GHIP di 90 giorni, relativa ai Canadesi di ritorno in patria. La Polizza non è trasferibile.

Estinzione da parte dell'Assicuratore. (1) L'Assicuratore avrà facoltà di estinguere il presente contratto in qualsiasi momento dando avviso scritto di estinzione all'Assicurato. I premi non utilizzati saranno rimborsati nel caso che non siano stati pagati o siano pendenti richieste d'indennizzo. (2) L'avviso di estinzione deve essere fatto pervenire all'Assicurato per posta, o spedito per fax o email. (3) Laddove l'avviso di cancellazione venga comunicato, saranno concessi 5 (cinque) giorni di avviso di rescissione con decorrenza dalla data del timbro postale, o dalla data del fax, o dell'email.

Surrogazione (Diritto di recupero). Se qualsiasi beneficio pagato a Voi o per Vostro conto eccede l'ammontare ammesso dalle condizioni della presente Polizza, oppure se il pagamento avviene per un errore amministrativo o di contabilità, ci riserviamo di recuperare tale ammontare da Voi o da qualsiasi istituto, assicuratore, altra organizzazione o ente a favore di cui è stato eseguito tale pagamento. Se qualsiasi pagamento è stato erogato in base alla presente Polizza, Noi ci riserviamo di procedere a Vostro nome contro qualsiasi terza parte che possa essere responsabile di qualsiasi azione che abbia dato il via ad una richiesta di risarcimento in base alla presente Polizza. Noi o i Nostri rappresentanti autorizzati rivendichiamo l'assoluto diritto di surrogazione. Da parte Vostra, siete tenuti a non intraprendere alcuna azione che pregiudichi tale diritto ed a cooperare pienamente con Noi o con il Nostro rappresentante autorizzato, accettando di

CONDIZIONI GENERALI

sottoscrivere, eseguire e/o consegnare tutti i documenti richiesti per procedere contro una qualsiasi terza parte ritenuta responsabile.

Proroghe della Polizza. Il Periodo di copertura massimo ammesso in base alla presente Polizza, comprese le proroghe, è pari a 365 giorni consecutivi dalla Data di Validità. Qualsiasi richiesta di proroga deve essere rivolta all'Amministratore del Programma non più tardi di 7 giorni lavorativi immediatamente precedenti la data di Scadenza della Vostra copertura in vigore. La proroga della copertura della presente Polizza sarà nulla fin dall'inizio qualora un qualsiasi pagamento non venga onorato dal vostro istituto di credito. L'Amministratore del Programma o l'Assicuratore hanno il diritto di rifiutare qualsiasi proroga. Se viene ricevuta una richiesta di indennizzo da qualsiasi Assicurato, è possibile accordare una proroga con l'esclusione della condizione oggetto dell'indennizzo.

Continuazione automatica della copertura. Se l'Assicurato è inevitabilmente ed incolpevolmente in ritardo, oltre il Periodo di Scadenza della Copertura, la presente Polizza rimarrà automaticamente in vigore senza l'obbligatorietà del pagamento di un premio aggiuntivo per un periodo non superiore a:

a) 72 ore, se il ritardo si verifica in qualità di passeggero pagante di un mezzo di trasporto pubblico autorizzato o di un veicolo privato e il ritardo è causato da un guasto tecnico, un incidente stradale o condizioni atmosferiche avverse; oppure

b) il periodo di confino durante il ricovero in Ospedale (a meno che il periodo di confino e' in eccesso alla minima limitazione per Ricovero Psichiatrico), OPPURE il periodo durante il quale Voi non siete in grado di viaggiare su consiglio di medici (ad eccezione delle condizioni psichiatriche) ritenuto accettabile dall'Amministratore del Reclamo. Dopo le dimissioni dall'Ospedale o l'ottenimento del consenso di un medico a viaggiare, sarà garantita un'ulteriore proroga di 72 ore.

Avviso e Prova per la richiesta d'Indennizzo. (1) L'Assicurato, o un beneficiario che ha diritto ad effettuare la richiesta d'indennizzo, o un rappresentante di entrambi, dovrà (a) dare avviso scritto della richiesta d'indennizzo, includendo il Modulo di richiesta dell'Indennizzo compilato e gli originali di tutte le fatture, all'Amministratore del Reclamo o all'Amministratore del Programma, che agisce per conto dell'Assicuratore mediante consegna diretta, o tramite spedizione postale, non oltre i 30 giorni dalla data in cui la richiesta di indennizzo viene sollevata in base al contratto a causa di un Incidente, Infortunio, Malattia o Invalidità; (b) entro 90 giorni dalla data in cui la richiesta di indennizzo viene inoltrata in base al presente Contratto a causa di un Incidente, Infortunio, Malattia, o Invalidità, far pervenire all'Amministratore del Reclamo o all'Amministratore del Programma una ragionevole prova, date le circostanze, dello svolgimento dell'Incidente o dell'occorrenza dell'Infortunio, Malattia o Invalidità e danno da ciò derivante, il diritto del richiedente di essere rimborsato, e (c) se così richiesto dall'Amministratore del Reclamo o all'Amministratore del Programma, far pervenire un legittimo certificato relativo alla causa o alla natura dell'Incidente, Infortunio, Malattia o Invalidità per cui è lecito presentare richiesta d'indennizzo in base al contratto. L'uso del termine "Invalidità" si riferisce a benefici pagabili in base al Beneficio in Caso di Morte Accidentale o Lesioni Gravi.

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 Invalidità se è dimostrato che non era ragionevolmente possibile dare avviso o fornire prova entro il tempo qui sopra indicato.

Dovere dell'Amministratore del Programma di Fornire i Moduli per Prova di Richiesta dell'Indennizzo. I Moduli per la Richiesta d'Indennizzo sono messi a disposizione nell'ambito dell'emissione di una Tessera di Identificazione. Essi sono inoltre messi a disposizione di tutte le scuole ed organizzazioni. Laddove venga richiesto un Modulo per la Richiesta d'Indennizzo, l'Amministratore del Programma provvederà a consegnarne uno all'Assicurato via fax, email o per posta. I Moduli di Richiesta d'Indennizzo sono disponibili anche sul nostro sito Internet: www.studentguard.com.

Diritto di Esame. Come requisito per il recupero del risarcimento assicurativo in base al presente contratto, (a) il richiedente darà all'Assicuratore l'opportunità di esaminare l'Assicurato quando e con la frequenza che l'Assicuratore ragionevolmente richieda fintanto che la richiesta d'Indennizzo è pendente. L'identità del medico e l'ubicazione di tale visita saranno a discrezione dell'Assicuratore. L'Assicurato conviene a cooperare ed a fornire al medico tutti i dettagli. Il suddetto medico può, avendo sentito il parere del medico curante, fare ulteriori raccomandazioni per assistere nella guarigione o cura, e (b) nel caso di morte della persona assicurata, l'Assicuratore può richiedere un'autopsia ai sensi di qualsiasi legge sulle autopsie vigente nella giurisdizione in questione.

Inottemperanza agli obblighi. Noi possiamo scegliere di limitare o rifiutare l'esborso dell'indennizzo qualora (a) l'Assicurato o la parte interessata al pagamento sia negligente

CONDIZIONI GENERALI

nell'ottemperare a qualsiasi proprio obbligo che abbia causato danni agli interessi dell'assicuratore; (b) i fatti non siano stati correttamente o sufficientemente presentati, o sono stati mistificati, o qualora siano stati presentati dati errati; (c) qualora l'Assicurato abbia subito un Infortunio o Malattia, l'Assicurato è tenuto a chiedere immediatamente l'assistenza di un medico e di seguire tutti i consigli, le ricette e gli ordini dei medici. La non ottemperanza a questo obbligo può risultare nella riduzione o nel rifiuto dell'indennizzo.

Elargizione dei Rimborsi. Tutto il denaro rimborsabile in base a questo contratto dovrà essere versato dall'Assicuratore entro 90 giorni dopo che quest'ultimo ha ricevuto la prova accettabile di richiesta d'Indennizzo.

Limitazione di Azioni Legali. Un'azione o procedimento contro l'Assicuratore per il recupero di una richiesta di Indennizzo in base al presente contratto dovrà essere avviato entro un anno dalla data in cui era previsto o sarebbe stato effettuato il rimborso se la richiesta d'Indennizzo fosse stata valida.

PROCEDURA PER LA RICHIESTA DI INDENNIZZO

1. È **obbligatorio chiamare** il Numero di Assistenza di Emergenza indicato qui sotto **PRIMA del ricovero in Ospedale e, per l'ottenimento dell'approvazione scritta, PRIMA di sostenere una qualsiasi delle seguenti spese:**

- Principali esami diagnostici
- Emergenze dentali
- Interventi chirurgici
- Evacuazione con mezzi aerei
- Trasporto di familiari
- Rimpatrio / Sepoltura

2. Presentate la vostra carta d'identità StudentGuard al fornitore del vostro servizio medico.

3. Completate un modulo di indennizzo per OGNI nuova Malattia o Infortunio in occasione del PRIMO trattamento. Portatelo con Voi al Vostro primo appuntamento, se possibile. Potete fotocopiare un modulo di indennizzo vuoto per uso futuro o richiedere altri moduli alla Vostra organizzazione o presso il nostro sito web: www.studentguard.com.

4. Entro 30 giorni dalle prime spese mediche, inviare per POSTA quanto segue:

- Modulo di indennizzo compilato
- Conti/ricerve originali
- Includere referti medici, referti del Pronto Soccorso, anamnesi e referti di visite mediche, interventi chirurgici, analisi di laboratorio, radiografie e rapporti di dimissioni ospedaliere all'indirizzo sottoindicato:

StudentGuard Claims

300 John Street, Suite 610

Thornhill, Ontario Canada L3T 5W4

Ricordatevi di conservare una copia di tutti i documenti.

5. Per un indennizzo in caso di morte, il beneficiario o altra persona avente diritto deve chiamare la Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. per comunicare la richiesta d'indennizzo. I dettagli dell'indennizzo devono essere presentati assieme ad un certificato di decesso originale o altra prova della morte, accettabile da parte Nostra.

Noi non ci assumiamo alcuna responsabilità qualora una richiesta d'indennizzo ci sia stata inoltrata oltre un anno dopo la data in cui si è verificato il danno.

I ricorsi non possono essere presi in considerazione se il modulo di indennizzo non è completato in ogni sua parte, sottoscritto dal richiedente e presentato con tutta la documentazione ORIGINALE richiesta, che deve essere sottoposta senza alcuna spesa da parte Nostra.

I pagamenti non verranno erogati fino a quando tutte le fatture e le ricevute originali non saranno state ricevute dall'Amministratore del Reclamo.

Sottoscritto da

Reliable Life Insurance Company

100 King Street West, 11th Floor

Hamilton, Ontario L8N 3K9

RISERVATEZZA

Noi e il Nostro Amministratore del Programma (collettivamente "Noi" "Nostro" in questa sezione sulla riservatezza) ci impegniamo a tutelare la Vostra riservatezza. Le informazioni fornite saranno usate esclusivamente per valutare la Vostra idoneità alla copertura ai sensi della Polizza, valutare i rischi assicurativi, gestire e definire qualsiasi richiesta d'Indennizzo da Voi avanzata e negoziare o saldare i pagamenti verso terzi. Le informazioni potranno venire condivise con terze parti come altre società assicuratrici, enti sanitari e piani governativi di assicurazione sanitaria per gestire e definire le Vostre richieste d'Indennizzo. Ci premuriamo di mantenere le Vostre informazioni accurate, riservate e sicure. Se avete domande in merito alla politica di riservatezza della Società, potete contattare il nostro Addetto alla Riservatezza al (905) 523-5587 o via posta elettronica all'indirizzo privacy@oldrepublic-group.com.

PROCEDURE DI EMERGENZA

Contattare il numero verde attivo 24 ore su 24 per l'Assistenza d'emergenza: 1-888-756-8428 (in Nordamerica) oppure con chiamata a carico del destinatario: (905) 731-8291.

1. entro 24 ore dal ricovero in Ospedale, o, se ciò è impossibile, al più presto possibile;

2. per ogni beneficio per cui è richiesta la preventiva approvazione;

3. per qualsiasi Escursione, prima di sostenere QUALSIASI spesa medica.

La mancata notifica all'Amministratore del Reclamo nei termini richiesti limiterà la nostra responsabilità al 90% delle spese sostenute.