

## Care

Programmi di copertura sanitaria internazionale per privati e famiglie

# Modulo di sottoscrizione

per polizze con valutazione dello stato di salute

**Prima di compilare questo modulo, la preghiamo di considerare quanto segue:**

- se stampa e compila a mano questo modulo, PER FAVORE SCRIVA IN STAMPATELLO;
- deve compilare il Modulo di sottoscrizione in ogni sua parte e comunicarci tutte le informazioni pertinenti per consentirci di valutare la sua richiesta. Il modulo verrà valutato dal nostro Ufficio anamnesi medica: se ci ha comunicato l'esistenza di condizioni mediche, potremmo richiederle ulteriori informazioni. Le invieremo la nostra decisione in merito alla copertura che possiamo offrirle non appena terminata la valutazione del suo modulo e di eventuali informazioni aggiuntive che potremmo richiederle;
- se ha già una delle nostre polizze e sta compilando questo modulo per richiedere un ampliamento della copertura o per acquistare un nuovo programma, deve informarci di eventuali patologie per le quali ci ha inviato richieste di rimborso da quando è iniziata la sua attuale copertura;
- sezione "Consenso" a pagina 14:
  - il richiedente e ciascuno dei familiari a carico di età superiore a 18 anni devono firmare questa sezione;
  - tutte le persone maggiorenni che fanno richiesta di copertura devono fornire il consenso alle sezioni 8 ("Nomina del titolare della polizza") e 11 ("Autorizzazione al trattamento dei dati"); in linea con l'Informativa sulla protezione dei dati personali (GDPR), non saremo autorizzati alla lavorazione di questo modulo se mancano delle firme. Se alcuni dei richiedenti sono minori di 18 anni, uno dei genitori o il tutore deve firmare per loro;
  - tutte le persone maggiorenni che fanno richiesta di copertura, se desiderano nominare il broker assicurativo come punto di contatto principale per ogni questione relativa alla polizza, devono fornire il consenso alla sezione 9 ("Nomina del broker").

**Se sta completando il modulo per accedere alla polizza della sua azienda, indichi:**

---

Nome dell'azienda

---

Numero identificativo del nucleo  
aziendale assicurato

**Se sta completando il modulo per aggiungere un familiare alla polizza della sua azienda, indichi:**

---

Numero della polizza

---

## Allianz Medical Expert (AME) – il nostro software per la valutazione automatica dello stato di salute:

Potremmo usare un software per valutare in maniera automatica i suoi dati personali e le informazioni sul suo stato di salute che ci fornirà in questo modulo. Valutiamo queste informazioni con lo scopo di stabilire che tipo di copertura e quali termini contrattuali possiamo offrirle, oltre al premio assicurativo applicabile. Senza le informazioni sul suo stato di salute siamo impossibilitati a confermarle il premio e le condizioni di polizza.

Controlliamo regolarmente che il nostro software AME funzioni correttamente, per fornirle una valutazione precisa in base alla sua storia clinica, dati personali e programmi da Lei selezionati.

## Autorizzazione all'uso di AME

Spunti questa casella se accetta e autorizza Allianz a usare il software AME per la valutazione automatica dello stato di salute e dei dati personali, con lo scopo di ottenere una conferma dei termini e condizioni di polizza applicabili, oltre al premio assicurativo da pagare. La valutazione automatica è effettuata conformemente alla regolamentazione per la protezione dei dati (GDPR).

Una volta ottenuta la conferma del premio, del tipo di copertura e delle condizioni di polizza, se non è soddisfatto della valutazione effettuata automaticamente dal nostro software, ha il diritto di richiedere la revisione da parte di uno dei nostri esperti dell'Ufficio anamnesi medica. Per farlo, basta scriverci all'indirizzo [individual.joining@e.allianz.com](mailto:individual.joining@e.allianz.com).

## Una precisazione

Noterà che nel modulo utilizziamo spesso i termini elencati di seguito. Le chiariamo, quindi, che cosa intendiamo quando li usiamo.

**Paese di origine:** Paese di cui Lei (o i suoi familiari a carico, ove applicabile) detiene un passaporto valido oppure il Paese principale di residenza.

**Paese principale di residenza:** Paese in cui durante la durata della polizza Lei e i suoi familiari a carico (se inclusi nella polizza) vivete per più di sei mesi all'anno.

## 1. Dati del richiedente (persona che si propone come titolare della polizza)

Utilizzeremo i dati che ci fornisce per le comunicazioni relative alla sua polizza. Se qualcuno dei dati sottostanti dovesse cambiare in qualsiasi momento, ci informi tempestivamente per assicurarsi che la nostra corrispondenza continui a raggiungerla.

La persona che si propone come titolare della polizza non può avere più di 75 anni compiuti.

### Dati del richiedente

|                                                                                    |                     |             |                              |         |         |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|------------------------------|---------|---------|
| Sig.                                                                               | Sig.ra              | Sig.na      | Altro                        |         |         |
| Nome                                                                               |                     |             |                              |         |         |
| Cognome                                                                            |                     |             |                              |         |         |
| Data di nascita                                                                    | G G / M M / A A A A |             | Sesso biologico alla nascita | Maschio | Femmina |
| Paese di origine                                                                   |                     | Nazionalità |                              |         |         |
| Paese principale di residenza                                                      |                     |             |                              |         |         |
| Codice fiscale (campo obbligatorio per i residenti in Spagna, Italia e Portogallo) |                     |             |                              |         |         |

Indirizzo completo nel Paese principale di residenza (campo obbligatorio)

|                                                                           |                         |                      |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|
| Telefono principale                                                       | Prefisso internazionale | Prefisso della città |
| Telefono secondario                                                       | Prefisso internazionale | Prefisso della città |
| Indirizzo e-mail (campo obbligatorio - per favore, scriva in stampatello) |                         |                      |
| Professione (campo obbligatorio – se studente, lo indichi per favore)     |                         |                      |

#### Eventuale altra assicurazione sanitaria nazionale o internazionale in essere

|                                   |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| Nome della compagnia assicurativa |                     |
| Numero di polizza                 |                     |
| Data di inizio della polizza      | G G / M M / A A A A |

#### Selezioni la lingua in cui desidera ricevere la documentazione di polizza

|         |         |          |          |          |            |
|---------|---------|----------|----------|----------|------------|
| Inglese | Tedesco | Francese | Spagnolo | Italiano | Portoghese |
|---------|---------|----------|----------|----------|------------|

## 2. Dati dei familiari a carico

Può aggiungere dei familiari a carico alla sua polizza. Per “familiari a carico” intendiamo il suo coniuge/partner ed eventuali figli minori di 18 anni (o minori di 26 anni se studenti a tempo pieno) economicamente dipendenti da Lei. Se i figli che vuole includere nella polizza hanno tra i 18 e i 25 anni e sono studenti a tempo pieno, dovrà allegare una lettera dell'università o una copia della

loro tessera universitaria per confermare il loro stato di studenti. **I familiari a carico non possono avere più di 75 anni compiuti.**

Se ha bisogno di più spazio per includere tutti i familiari a carico, usi un'altra copia del Modulo di sottoscrizione e si assicuri che tutte le dichiarazioni e le autorizzazioni siano adeguatamente firmate e datate.

|                                         | Familiare n. 1            |         | Familiare n. 2            |         | Familiare n. 3            |         |
|-----------------------------------------|---------------------------|---------|---------------------------|---------|---------------------------|---------|
| Parentela con il titolare della polizza | Coniuge/partner<br>Figlio |         | Coniuge/partner<br>Figlio |         | Coniuge/partner<br>Figlio |         |
| Nome                                    |                           |         |                           |         |                           |         |
| Cognome                                 |                           |         |                           |         |                           |         |
| Data di nascita                         | G G / M M / A A A A       |         | G G / M M / A A A A       |         | G G / M M / A A A A       |         |
| Sesso biologico alla nascita            | Maschio                   | Femmina | Maschio                   | Femmina | Maschio                   | Femmina |

Familiare n. 1

Familiare n. 2

Familiare n. 3

Professione

(campo obbligatorio – se studente,  
per favore lo specifichi)

Indirizzo e-mail

(campo obbligatorio per i familiari  
maggioresnni)

Paese di origine

Paese principale di  
residenza

Nazionalità

**Eventuali altre coperture assicurative in vigore, sia nazionali che internazionali**

Nome dell'attuale

compagnia assicurativa  
(ove applicabile)

Numero della polizza

attualmente in essere  
(ove applicabile)

### 3. Data di inizio della sua copertura

**Quando desidera far cominciare la sua copertura?**

Data di inizio

G G / M M / A A A A

Avrà conferma che l'abbiamo accettata in copertura solo quando riceverà il Certificato di assicurazione. La sua copertura sarà allora valida a partire dalla data di inizio indicata sul Certificato.

### 4. Il suo Programma

**Non deve completare questa sezione se sta compilando il modulo per richiedere l'inclusione nella polizza della sua azienda.**

**Selezioni l'area geografica di copertura**

L'area geografica di copertura è soggetta ai termini e condizioni di polizza contenuti nella Guida alle prestazioni.

Mondo intero

Mondo intero (Stati Uniti esclusi)

Africa

Europa

Deve selezionare un Programma principale per iniziare; poi, se lo desidera potrà aggiungere anche dei programmi facoltativi. I programmi facoltativi non possono essere acquistati separatamente dal Programma principale. Per informazioni complete su cosa è coperto da ciascuno dei programmi indicati di seguito, consulti l'Elenco delle prestazioni e la Guida alle prestazioni.

**Selezionare il suo programma**

Care Base

Care Enhanced

Care Signature

## Selezioni i programmi facoltativi

### Programma fuori ricovero

Il Programma fuori ricovero può essere selezionato sulla base del Programma principale che si è scelto. Ad esempio, se si seleziona Care Signature come Programma principale, allora si potrà scegliere solamente il Programma fuori ricovero di Care Signature. Il Programma fuori ricovero non può essere acquistato separatamente.

|           |               |                |
|-----------|---------------|----------------|
| Care Base | Care Enhanced | Care Signature |
|-----------|---------------|----------------|

### Programma di cure dentali

Il Programma di cure dentali può essere selezionato sulla base del Programma principale che si è scelto. Ad esempio, se si seleziona Care Signature come Programma principale, allora si potrà scegliere solamente il Programma di cure dentali di Care Signature. Il Programma di cure dentali non può essere acquistato separatamente.

|           |               |                |
|-----------|---------------|----------------|
| Care Base | Care Enhanced | Care Signature |
|-----------|---------------|----------------|

## Selezioni la franchigia per il suo Programma principale

Per ridurre il premio relativo al Programma principale, selezioni una franchigia facoltativa dalla lista sottostante e scopra la percentuale di sconto sul premio corrispondente. È possibile selezionare una franchigia del Programma principale E/O una franchigia del Programma fuori ricovero. Se seleziona una franchigia, questa si applicherà al suo programma per persona e per Anno assicurativo. I premi dei programmi si indicano in numeri interi (cioè senza i centesimi); per questo motivo le percentuali di sconto potrebbero risultare leggermente più alte o più basse rispetto a quanto indicato di seguito.

### Franchigie facoltative del Programma principale

### Sconto sul premio

|                                            |     |
|--------------------------------------------|-----|
| Nessuna franchigia                         | 0%  |
| 830 £ / 1.000 € / 1.350 US\$ / 1.300 CHF   | 10% |
| 2.490 £ / 3.000 € / 4.050 US\$ / 3.900 CHF | 20% |
| 4.980 £ / 6.000 € / 8.100 US\$ / 7.800 CHF | 30% |

## Selezioni la franchigia per il suo Programma fuori ricovero

Per ridurre il premio relativo al Programma fuori ricovero, selezioni una franchigia facoltativa dalla lista sottostante e scopra la percentuale di sconto sul premio corrispondente. È possibile selezionare una franchigia del Programma fuori ricovero E/O una franchigia del Programma principale. Se seleziona una franchigia, questa si applicherà al suo programma per persona e per Anno assicurativo. I premi dei programmi si indicano in numeri interi (cioè senza i centesimi); per questo motivo le percentuali di sconto potrebbero risultare leggermente più alte o più basse rispetto a quanto indicato di seguito.

### Franchigia facoltativa del Programma fuori ricovero

### Sconto sul premio

|                                        |     |
|----------------------------------------|-----|
| Nessuna franchigia                     | 0%  |
| 208 £ / 250 € / 338 US\$ / 325 CHF     | 10% |
| 457 £ / 550 € / 743 US\$ / 715 CHF     | 20% |
| 705 £ / 850 € / 1.148 US\$ / 1.105 CHF | 30% |

## 5. Condizioni di copertura

### Valutazione dello stato di salute

Ciò significa che valuteremo la sua storia clinica quando consideriamo la sua richiesta di copertura assicurativa e le probabili condizioni di copertura. Se presenta una patologia preesistente (vedi definizione seguente), deve dichiararla in maniera accurata, onesta e fornendone tutti i dettagli completi. Inoltre, **deve rispondere a tutte le domande che trova a seguire nella sezione “Dichiarazione sullo stato di salute” per tutte le persone che richiedono di essere incluse in copertura.**

### Patologie preesistenti

Le patologie preesistenti sono patologie di cui uno o più sintomi si sono manifestati nel corso della sua vita o di quella di uno dei suoi familiari a carico, indipendentemente dal fatto che si sia ricorsi a un medico o no. Riterremo tali condizioni mediche preesistenti se saremo in grado di determinare che Lei o i suoi familiari a carico ne foste a conoscenza.

Saranno considerate preesistenti anche le patologie che si manifestano nel periodo compreso tra la compilazione di questo modulo e la data tra le due indicate di seguito che si verifica per ultima:

- la data in cui abbiamo emesso il suo Certificato di assicurazione o;
- la data di inizio della sua copertura.

Lei e/o i suoi familiari a carico dovrete fornire qualsiasi ulteriore informazione che potremmo richiedere. La compilazione completa ed accurata di questo modulo di sottoscrizione e la dichiarazione di tutte le informazioni rilevanti è un requisito per la copertura. Devono essere dichiarati tutti i fatti clinici rilevanti che potrebbero influenzare la nostra valutazione e accettazione della sua richiesta di copertura. La mancata divulgazione di informazioni rilevanti renderà nulla polizza. Se non è sicuro che un fatto sia rilevante o meno, lo riporti comunque. Le eventuali condizioni mediche preesistenti che non vengono dichiarate non saranno coperte.

## 6. Dichiarazione sullo stato di salute

Risponda alle seguenti domande basandosi sulla sua storia clinica completa e su quella dei suoi familiari a carico (se li include in questa richiesta di copertura). **Tutti i fatti clinici rilevanti (cioè quelli che potrebbero influenzare la valutazione e l'accettazione della sua richiesta di copertura) devono essere dichiarati. Se non è**

**sicuro della rilevanza di un fatto della sua storia clinica, lo riporti comunque. La mancata divulgazione di tutti i fatti rilevanti renderà nulla la polizza.**

**La presente dichiarazione sullo stato di salute rimane valida per due mesi dopo la data in cui la firma.**

|                                                                                                                                                                                                                  | Titolare della polizza |    | Familiare n. 1 |    | Familiare n. 2 |    | Familiare n. 3 |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----|----------------|----|----------------|----|----------------|----|
| Altezza                                                                                                                                                                                                          | cm                     |    | cm             |    | cm             |    | cm             |    |
| Peso                                                                                                                                                                                                             | kg                     |    | kg             |    | kg             |    | kg             |    |
| Durante l'ultimo anno, ha fatto uso di tabacco di qualsiasi tipo?                                                                                                                                                | Sì                     | No | Sì             | No | Sì             | No | Sì             | No |
| Se sì, in media quanto al giorno?                                                                                                                                                                                |                        |    |                |    |                |    |                |    |
| 1 sigaretta = 1 unità; 1 sigaro = 2 unità; 1 grammo di tabacco da arrotolare = 2 unità; 1 carica di tabacco per pipa = 2,5 unità; 10 mg di nicotina per sigaretta elettronica = 1 unità; se non fuma, indichi NO | /al giorno             |    | /al giorno     |    | /al giorno     |    | /al giorno     |    |
| Beve alcolici?                                                                                                                                                                                                   | Sì                     | No | Sì             | No | Sì             | No | Sì             | No |
| Se sì, quante unità di bevande alcoliche consuma in una settimana?                                                                                                                                               | /a settimana           |    | /a settimana   |    | /a settimana   |    | /a settimana   |    |
| 1 bicchierino = 1 unità; 250 ml di birra = 1 unità; 1 bicchiere di vino = 1 unità; se non beve, indichi NO                                                                                                       |                        |    |                |    |                |    |                |    |

**Tra le persone che richiedono copertura in questo modulo, c'è nessuna che ha mai sofferto delle seguenti patologie, o è stata ricoverata, ha ricevuto trattamenti, ha fatto esami diagnostici per una delle patologie riportate di seguito?**

|                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| a)                                                                                                                                                           | <b>Malattie cardiache o disturbi circolatori</b> quali, ad esempio: infarto, problemi coronarici o vascolari, battito cardiaco irregolare, soffio toracico, dolori al petto, embolo, disfunzione del sangue, pressione sanguigna anomala o colesterolo alto.                                                  | Sì | No |
| b)                                                                                                                                                           | <b>Malattie o problemi dermatologici</b> quali, ad esempio: psoriasi, dermatite, eczemi, allergie o acne.                                                                                                                                                                                                     | Sì | No |
| c)                                                                                                                                                           | <b>Malattie o disturbi endocrini</b> quali, ad esempio: diabete, pancreatite, problemi di peso, gotta, problemi alla tiroide o altri squilibri ormonali.                                                                                                                                                      | Sì | No |
| d)                                                                                                                                                           | <b>Malattie o disturbi ad occhi, orecchie, naso e gola</b> quali, ad esempio: cataratta, glaucoma, distacco della retina, perdita dell'udito, otite, sinusite, tonsillite, problemi alle adenoidi o miopia superiore a 6 diottrie.                                                                            | Sì | No |
| e)                                                                                                                                                           | <b>Malattie o disturbi gastrointestinali</b> quali, ad esempio: problemi di stomaco, ernia, emorroidi, calcoli biliari, polipi del colon, malattia di Crohn, colite o problemi al fegato.                                                                                                                     | Sì | No |
| f)                                                                                                                                                           | <b>Malattie infettive o virali</b> quali, ad esempio: epatite A, B o C, herpes, HIV, SARS-CoV-2 / COVID-19, malaria, meningite, infezioni del sangue o malattie veneree.                                                                                                                                      | Sì | No |
| g)                                                                                                                                                           | <b>Malattie o disturbi muscolari o scheletrici</b> quali, ad esempio: mal di schiena, dolori cervicali, dolori articolari, artrite, fibromialgia, sostituzioni articolari o problemi alla cartilagine e/o ai legamenti o sindrome del tunnel carpale.                                                         | Sì | No |
| h)                                                                                                                                                           | <b>Malattie o disturbi neurologici</b> quali, ad esempio: ictus, sclerosi multipla, epilessia, disturbi neurodegenerativi, paralisi, crisi epilettiche, emicrania, Alzheimer o altre forme di demenza.                                                                                                        | Sì | No |
| i)                                                                                                                                                           | <b>Malattie o problemi oncologici</b> quali, ad esempio: qualsiasi forma di cancro, leucemia, linfoma, tumore, lesioni cutanee, escrescenze, rigonfiamenti, cisti, polipi o nei.                                                                                                                              | Sì | No |
| j)                                                                                                                                                           | <b>Disturbi psichiatrici o psicologici</b> quali, ad esempio: deficit di attenzione/iperattività, autismo, depressione, ansia, sindrome da fatica cronica, disturbi alimentari, disturbi ossessivo-compulsivi, fobie o problemi di alcol o droga.                                                             | Sì | No |
| k)                                                                                                                                                           | <b>Malattie respiratorie o polmonari</b> quali, ad esempio: broncopneumopatia cronica ostruttiva, sarcoidosi, asma, bronchite, sinusite, respirazione corta o allergie.                                                                                                                                       | Sì | No |
| l)                                                                                                                                                           | <b>Malattie o disturbi urologici o agli organi riproduttivi</b> quali, ad esempio: problemi ai reni o alle vie urinarie, disfunzioni mestruali, problemi di fertilità, fibromi, endometriosi, problemi ai testicoli o alla prostata.                                                                          | Sì | No |
| m)                                                                                                                                                           | <b>Qualsiasi patologia o malattia congenita presente alla nascita o prima della nascita</b> quale, ad esempio: iperplasia surrenale, fibrosi cistica, sindrome di Down, emofilia, malformazioni cardiache, malattia di Huntington, sindrome di Klinefelter, sindrome di Marfan, malformazioni e spina bifida. | Sì | No |
| Per favore, NON riveli i risultati di alcun test genetico (del DNA o dell'RNA) in quanto non necessari per il processo di valutazione dello stato di salute. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |    |

|    |                                                                                                 |    |    |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| n) | Qualsiasi altro tipo di lesione, patologia, disturbo o incidente che non ha già indicato sopra. | Sì | No |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|

---

**Tra le persone che richiedono copertura in questo modulo, c'è nessuna che:**

---

|    |                                                                                            |    |    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| o) | Sta attualmente assumendo farmaci su prescrizione o da banco, o altri prodotti medicinali? | Sì | No |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|

---

|    |                                                                                                                                                                                                                                               |    |    |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| p) | Attende di sottoporsi a visita medica o a esami diagnostici, oppure attende i risultati di esami diagnostici, oppure attende di sottoporsi a un trattamento o procedura medica in conseguenza di un incidente, lesione, patologia o disturbo? | Sì | No |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|

---

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |    |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| q) | <p>Negli ultimi 10 anni ha fatto esami diagnostici che hanno determinato la necessità di ricorrere a ulteriori esami e procedure mediche per risultati più dettagliati quali, ad esempio: biopsia, colonscopia, colposcopia, TAC, mammografia, risonanza magnetica, test di Papanicolaou (Pap test), test dell'antigene prostatico specifico, ecocardiogramma o ecografia?</p> <p>Per favore non dichiarare i risultati di eventuali test genetici (DNA o RNA) dal momento che non sono necessari per la valutazione della sua dichiarazione di salute.</p> | Sì | No |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|

---

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| r) | <p>Negli ultimi due anni, ha presentato sintomi o problemi di salute che NON hanno a che fare con le patologie già dichiarate sopra, come ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• febbre alta (da 39,4°C in su) e/o tosse continua;</li> <li>• respiro affannoso;</li> <li>• raucedine;</li> <li>• mal di testa forte e continuo;</li> <li>• sanguinamento, cambiamento di aspetto di neo o altro segno della pelle, o insorgere di fastidio o dolore da neo o altro segno della pelle;</li> <li>• formicolio;</li> <li>• visione offuscata o doppia;</li> <li>• perdita di peso inaspettata;</li> <li>• sanguinamento rettale, alterazione del ritmo intestinale o della frequenza urinaria;</li> <li>• perdita di sensibilità, convulsioni, svenimenti;</li> <li>• sanguinamento anomalo;</li> <li>• dolori articolari/rigidità.</li> </ul> | Sì | No |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|

---

|    |                                                                                               |    |    |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| s) | Negli ultimi 30 giorni, ha ricevuto la raccomandazione o ha deciso di mettersi in isolamento? | Sì | No |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|

---

Risponda alla domanda seguente **solo se sta includendo un Programma di cure dentali** alla sua copertura.

---

|    |                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| t) | Tra le persone che richiedono copertura in questo modulo, c'è nessuna che si sta attualmente sottoponendo o a cui è stato consigliato di sottoporsi a cure dentali o chirurgia dentale, all'applicazione di protesi dentali, ortodonzia o periodonzia? | Sì | No |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|

---

Informazioni aggiuntive per le domande a cui ha risposto “sì”

Se ha risposto “sì” ad una qualsiasi delle domande dalla a) alla t), fornisca maggiori dettagli nella tabella che segue.

Dovrà indicare se c’è stata una completa guarigione o se si presentano patologie o disturbi relazionati o derivati dalla diagnosi originaria. Se possibile, alleggi eventuali documenti di supporto quali certificati medici o risultati di esami diagnostici.

|                        | Domanda | Diagnosi - ove applicabile, indichi l’area del corpo interessata (ad es.: braccio sinistro, piede destro o quale dente) | Data esatta in cui sono cominciati i sintomi | Frequenza dei sintomi e data in cui si presentano (giornaliera, settimanale, mensile, irregolare) | Trattamenti, accertamenti, esami del sangue o analisi, sia quelli effettuati in precedenza che quelli più recenti (includere: nome, dosaggio e frequenza di utilizzo dei farmaci; data di inizio del trattamento; frequenza del trattamento e se è attualmente in corso) | Situazione attuale della patologia (ad esempio: se ci sono complicanze, se la guarigione è completa, se la patologia è ricorrente o ancora presente). Per favore, indichi se è attualmente in cura presso un dentista per una problematica in corso o se ha smesso di sottoporsi a cure dentali di routine che le sono state raccomandate. |
|------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Titolare della polizza |         |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                        |         |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                        |         |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                        |         |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Familiare n. 1         |         |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                        |         |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                        |         |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                        |         |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Familiare n. 2         |         |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                        |         |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                        |         |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                        |         |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Familiare n. 3         |         |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                        |         |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                        |         |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                        |         |                                                                                                                         |                                              |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

Se lo spazio a disposizione in tabella non è sufficiente, continui su un’altra copia di questo modulo.

Indichi nome, indirizzo e numero di telefono del medico di famiglia (e del dentista, ove applicabile) di ciascuna delle persone incluse in questo modulo. Per favore, continui su un foglio a parte se lo spazio non è sufficiente.

## 7. Dichiarazione

Per favore, legga le seguenti dichiarazioni con attenzione e firmi alla sezione **“Consenso”** che trova a seguire per confermare di comprenderle e accettarle.

- Dichiaro che tutti i dati forniti in questo documento, inclusi quelli che non sono stati scritti di mio pugno, corrispondono a verità e sono completi. Dichiaro inoltre che non ho omesso, falsato o edulcorato alcuna informazione importante ai fini della valutazione della mia richiesta di copertura. Comprendo che questo modulo costituisce la base del futuro contratto assicurativo tra me e Allianz e **che qualsiasi dichiarazione falsa, incorretta o fuorviante da parte mia (o anche qualsiasi omissione mia o di eventuali familiari da includere in copertura) potrebbe rendere nulla la polizza, in conformità con la legislazione applicabile.**
- Sono responsabile di informare Allianz immediatamente e per iscritto di eventuali cambi nello stato di salute mio o dei miei familiari a carico che si verifichi tra la data in cui firmo questo modulo e la data di inizio della polizza.
- Confermo di essere d'accordo a rinunciare ai miei diritti di segretezza e riservatezza in rispetto ai dati della mia storia clinica, allo scopo della valutazione di questa mia richiesta di copertura assicurativa. Autorizzo Allianz, laddove lo consideri appropriato, a verificare le dichiarazioni da me fatte sul mio stato di salute, cosa che potrebbe includere il mettersi in contatto con eventuali compagnie assicurative da cui sono stato assicurato anteriormente con una polizza di assicurazione sanitaria.
- Comprendo che, fatte salve restrizioni di tipo legale, Allianz (o i suoi esperti, rappresentanti o amministratori terzi in caso di dispute) ha il diritto di richiedere informazioni sul mio conto a medici e ospedali. Autorizzo medici, specialisti, dentisti, altri professionisti della medicina e dipendenti di ospedali, enti sanitari e centri medici a fornire alla compagnia assicurativa informazioni sulla mia storia clinica. Autorizzo lo stesso in riguardo a eventuali minori di 18 anni (o persone che per altre ragioni non possono comprendere appieno il significato di questa autorizzazione) che ho incluso in questa richiesta di copertura.

- **Confermo che:**

- ho letto la documentazione di polizza e ho compreso le definizioni, prestazioni, esclusioni e termini e condizioni applicabili alla polizza, in particolar modo le condizioni relative alle patologie preesistenti;
- ho ricevuto, letto e compreso il documento informativo sul prodotto assicurativo, la Guida alle prestazioni e l'Elenco delle prestazioni e accetto i termini e le condizioni ivi specificati;
- considerando i termini contenuti nei documenti di polizza e i programmi selezionati, il prodotto assicurativo risponde alle mie esigenze specifiche.

- **Comprendo che:**

- questo modulo è valido per due mesi dalla data in cui lo firmo;
- posso ritirare la mia richiesta di copertura per iscritto a mezzo lettera o e-mail entro 30 giorni dalla data in cui ricevo i termini e condizioni della mia polizza. A condizione che non abbia presentato una richiesta di rimborso, avrò quindi diritto al rimborso completo del premio.

- **Accetto che:**

- sono responsabile di verificare che i dati mostrati nel mio Certificato di assicurazione (quando lo riceverò) sono corretti;
- la copertura è soggetta ai termini e condizioni standard (contenuti nella Guida alle prestazioni) in vigore alla data in cui inizia o rinnova la mia polizza;
- la copertura fornita da Allianz potrebbe non essere più adeguata se io o i miei familiari inclusi in questo modulo trasferiamo la nostra residenza in un Paese in cui si applicano restrizioni legali alla copertura sanitaria;
- sono responsabile di verificare che non sono soggetto a coperture sanitarie obbligatorie nel mio Paese di residenza e posso confermare che questa copertura assicurativa è appropriata per me dal punto di vista legale.

## 8. Nomina del titolare della polizza

Questa parte deve essere completata da tutti i familiari da includere nella polizza che desiderano nominare il titolare della polizza come punto di contatto principale per ogni nostra comunicazione.

Per permetterci di amministrare la polizza, i familiari a carico inclusi in copertura possono nominare il titolare della polizza perché agisca da principale punto di contatto per tutte le comunicazioni relative all'assicurazione. Per farlo, basterà spuntare questa voce alla sezione **"Consenso"** che trova a seguire.

Così facendo, il titolare della polizza è autorizzato ad agire per conto di tutti i familiari a carico ad amministrare questa polizza, cosa che potrebbe includere la visione di informazioni riservate sulla salute e storia clinica delle persone incluse in copertura. La presente autorizzazione sarà valida fino a quando il titolare della polizza o qualsiasi familiare a carico incluso in copertura chiederà per iscritto ad Allianz di revocarla.

## 9. Nomina del broker (se applicabile)

Spuntando questa voce nella sezione **"Consenso"** che trova a seguire, autorizza il broker nominato ad agire per suo conto relativamente all'amministrazione di questa polizza, cosa che potrebbe includere la visione di

informazioni riservate sulla salute e storia clinica delle persone incluse in copertura. La presente nomina rimarrà in vigore fino a quando richiederà per iscritto ad Allianz di revocarla.

## 10. Protezione dei suoi dati personali

La nostra Informativa sulla protezione dei dati personali spiega come proteggiamo la sua privacy e come trattiamo i suoi dati personali. Le consigliamo di leggerla prima di inviarci i suoi dati personali. Trova l'Informativa qui: [www.allianzcare.com/it/privacy.html](http://www.allianzcare.com/it/privacy.html).

In alternativa, può contattarci al numero + 353 1 630 1305 per richiedere una copia cartacea. Se ha delle domande in merito all'uso che facciamo dei suoi dati personali, ci contatti pure per e-mail all'indirizzo: [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com).

## 11. Autorizzazione al trattamento dei dati

Abbiamo bisogno del suo consenso per raccogliere ed elaborare i suoi dati personali e quelli relativi al suo stato di salute e storia clinica. **In mancanza del suo consenso esplicito, non saremo autorizzati a fornirle la polizza che desidera acquistare o a evadere eventuali future richieste di rimborso.** Se ci fornisce il suo consenso, utilizzeremo i suoi dati per le ragioni e procedure che seguono.

### Il sottoscritto (titolare della polizza) e i familiari citati di seguito acconsentono a:

|                                 |                         |
|---------------------------------|-------------------------|
| Nome del titolare della polizza | Nome del familiare n. 1 |
| Nome del familiare n. 2         | Nome del familiare n. 3 |

  

- **Autorizzazione alla raccolta, conservazione e utilizzo dei dati sulla mia salute:** autorizzo Allianz a raccogliere, conservare ed utilizzare i dati sulla mia salute al fine di amministrare la polizza (ad esempio per calcolare il mio preventivo, valutare il rischio assicurativo o lavorare le mie richieste di rimborso per spese mediche) e a conservare i dati sulla mia salute in conformità alle leggi per la protezione del consumatore applicabili alle polizze assicurative e alle direttive sulla protezione dei dati.
- **Autorizzazione all'ottenimento dei miei dati da terzi:** per fornirmi copertura assicurativa, valutare il rischio assicurativo e lavorare le richieste di rimborso, autorizzo Allianz a ottenere dati sulla mia salute e sulle cure mediche a cui mi sottopongo da medici, personale di ospedali o altre strutture sanitarie, case di riposo, fondi di assicurazione sanitaria obbligatoria, da chi paga il mio premio assicurativo, associazioni professionali e uffici pubblici. Esonero tutte le persone che lavorano per le strutture e uffici sopra menzionati e per Allianz dai loro obblighi di segretezza nel trattamento dei dati sulla mia salute o su altri elementi che devono essere condivisi per gli usi sopra indicati.
- **Condivisione dei miei dati con parti esterne ad Allianz:** autorizzo Allianz a condividere i miei dati personali e i dati sulla mia storia clinica con i terzi indicati in basso, i quali potranno usarli solo per gli stessi fini ed entro gli stessi limiti di utilizzo di Allianz. Comprendo che Allianz ha accordi in riferimento alla protezione dei dati con questi terzi. Esonero tutte le persone che lavorano per i terzi e per Allianz dai loro obblighi di segretezza nel trattamento dei dati sulla mia salute o su altri elementi che devono essere condivisi per gli usi di seguito indicati:
  - Terzi: esperti in campo medico. Finalità dell'uso dei dati: permettere la corretta valutazione del rischio assicurativo, l'appropriato pagamento dei rimborsi alla persona assicurata o al medico/centro medico.
  - Terzi: fornitori di servizi, esterni all'Allianz Group. Finalità dell'uso dei dati: amministrare certi servizi per conto di Allianz, come ad esempio la valutazione del rischio assicurativo e il pagamento dei rimborsi, laddove:
    - questi servizi richiedono la raccolta e l'utilizzo di dati personali e della storia clinica;
    - Allianz è impossibilitata ad amministrare la mia polizza o a pagare i miei rimborsi in mancanza di tali dati.
  - Terzi: co-assicuratori. Finalità dell'uso dei dati: distribuire la copertura del rischio assicurativo e il pagamento dei rimborsi tra le varie compagnie assicurative che potrebbero rilasciare la polizza in congiunzione ad Allianz.
  - Terzi: altre compagnie assicurative che potrebbero coprire la persona assicurata per la stessa prestazione allo stesso tempo. Finalità dell'uso dei dati:
    - distribuire equamente la responsabilità del pagamento dovuto alla persona assicurata;
    - o collaborare all'individuazione e prevenzione delle frodi e dei crimini finanziari.

**Se cambio idea in merito alle preferenze che ho espresso qui sopra, anche nel caso di voler revocare le autorizzazioni, dovrò solamente informare Allianz scrivendo un'e-mail all'indirizzo: [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com).**

## 12. Preferenze di marketing

Il sottoscritto (titolare della polizza) e i familiari inclusi in questo modulo autorizzano Allianz a raccogliere, usare e rivelare i propri dati personali al fine di fornire informazioni a scopo promozionale. Comprendo che i miei dati personali verranno utilizzati solo per i fini e le iniziative che ho spuntato tra quelli elencati di seguito.

|                                                                                                                                                                                                                      | Titolare della polizza | Nome del familiare n. 1 | Nome del familiare n. 2 | Nome del familiare n. 3 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Name                                                                                                                                                                                                                 |                        |                         |                         |                         |
| Informazioni che Allianz invia sui propri prodotti e servizi, inclusi gli aggiornamenti su promozioni e nuovi prodotti/servizi.                                                                                      |                        |                         |                         |                         |
| Informazioni inviate direttamente da altre compagnie dell'Allianz Group sui loro prodotti e servizi. Comprendo che, a questo scopo, Allianz dovrà fornire i miei recapiti a tali altre compagnie dell'Allianz Group. |                        |                         |                         |                         |
| Informazioni inviate direttamente da partner di Allianz in merito ai loro prodotti e servizi. Comprendo che, a questo scopo, Allianz dovrà fornire i miei recapiti a tali partner.                                   |                        |                         |                         |                         |
| Le informazioni di cui sopra devono essermi inviate per:                                                                                                                                                             |                        |                         |                         |                         |
| E-mail                                                                                                                                                                                                               |                        |                         |                         |                         |
| Messaggi in-app                                                                                                                                                                                                      |                        |                         |                         |                         |
| Telefono                                                                                                                                                                                                             |                        |                         |                         |                         |
| Posta                                                                                                                                                                                                                |                        |                         |                         |                         |

# 13. Consenso

Indichi per quali delle seguenti sezioni fornisce il consenso

|    |                                          |                 |
|----|------------------------------------------|-----------------|
| 7  | Dichiarazione**                          |                 |
| 8  | Nomina del titolare della polizza        |                 |
| 9  | Nomina del broker<br>(ove applicabile)   | Nome del broker |
| 10 | Protezione dei suoi dati personali**     |                 |
| 11 | Autorizzazione al trattamento dei dati** |                 |
| 12 | Preferenze di marketing                  |                 |

## Firme

Questo modulo deve essere firmato dal titolare della polizza e da tutti i familiari a carico maggiorenni che richiedono di essere inclusi in copertura. Firmando, si fornisce il consenso anche alle voci selezionate nella sezione “Consenso”.

|                                                                                                                      |                                                                                                              |                                                                                                              |                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Firma del titolare della polizza |  Firma del familiare n. 1 |  Firma del familiare n. 2 |  Firma del familiare n. 3 |
| GG / MM / AAAA                                                                                                       | GG / MM / AAAA                                                                                               | GG / MM / AAAA                                                                                               | GG / MM / AAAA                                                                                                 |

\*\* Campo obbligatorio. Non saremo in grado di elaborare la sua richiesta di sottoscrizione se non fornisce il consenso alle voci contrassegnate da questo simbolo nella sezione “Consenso”.

# 14. Dati per il pagamento

Per favore non effettui alcun pagamento fino a quando le comunichiamo il suo numero di polizza.

## Valuta del pagamento

Spunti la casella ☐ per indicare la valuta in cui vuole effettuare il pagamento del premio:

Euro (EUR)

Sterlina inglese (GBP)

Franco svizzero (CHF)

Dollaro statunitense (USD)

Può scegliere di pagare a mezzo addebito diretto se seleziona Euro, ma non è un'opzione disponibile se sceglie Sterlina inglese, Franco svizzero o Dollaro statunitense.

## Frequenza e metodo di pagamento

Il pagamento del premio è soggetto alle seguenti soprattasse di amministrazione: 0% per pagamenti a scadenza annuale, 3% per pagamenti a scadenza semestrale, 4% per pagamenti a scadenza trimestrale e 5% per pagamenti a scadenza mensile.

Spunti la casella ☐ per indicare la frequenza e il metodo di pagamento che sceglie per il suo premio:

|                                                              | Annuale | Semestrale | Trimestrale | Mensile         |
|--------------------------------------------------------------|---------|------------|-------------|-----------------|
| Addebito diretto*                                            |         |            |             |                 |
| (Disponibile per pagamenti da conti bancari europei in Euro) |         |            |             |                 |
| Carta                                                        |         |            |             |                 |
| Bonifico bancario                                            |         |            |             | Non disponibile |

\*Se sceglie di pagare a mezzo addebito diretto, deve compilare e inviarci il Mandato per addebito diretto che trova qui: [www.allianzcare.com/it/assicurazione-sanitaria/modulo-di-sottoscrizione-per-programmi-sanitari-internazionali.html](http://www.allianzcare.com/it/assicurazione-sanitaria/modulo-di-sottoscrizione-per-programmi-sanitari-internazionali.html).

# Pagamento a mezzo carta di credito/debito

Se ha selezionato l'opzione per il pagamento a mezzo carta di credito/debito, fornisca i dati della sua carta:

|                      |               |      |                    |            |             |          |
|----------------------|---------------|------|--------------------|------------|-------------|----------|
| Tipo di carta:       | MasterCard    | VISA | American Express   | JCB        | Diners Club | Discover |
| Titolare della carta |               |      | Numero della carta |            |             |          |
| Data di scadenza     | M M / A A A A |      |                    | Codice CVV |             |          |

(VISA, MasterCard, Discover e Diners Club: gli ultimi tre numeri nel riquadro della firma che appare sul retro della carta. American Express: numero a quattro cifre che appare sul fronte della carta, sopra il numero della carta.

Per questioni di sicurezza, una volta trasferiti i dati della sua carta nel nostro sistema, separeremo e distruggeremo questa parte del modulo.

## Autorizzazione all'uso della carta di credito/debito

Autorizzo Allianz a prelevare dal conto della mia carta il premio dovuto per la mia assicurazione sanitaria. Comprendo che verrò informato dell'ammontare del mio premio quando la mia richiesta di copertura viene accettata e successivamente tutte le volte che la mia polizza sarà rinnovata; inoltre, se richiedo di cambiare qualcosa nella mia polizza che determini una variazione del premio (come ad esempio aggiungere un nuovo familiare in copertura) verrò informato tempestivamente. Autorizzo Allianz a continuare indefinitamente a prelevare il mio premio assicurativo dal conto della mia carta, finché io revoco tale autorizzazione dandone notifica scritta. Comprendo che verrò informato con un mese di anticipo in merito a qualsiasi incremento del tasso del premio annuale.

Firma del titolare della carta

Data G G / M M / A A A A

Per favore, invii il presente modulo debitamente compilato e firmato nelle seguenti modalità:

@ E-mail: [individual.joining@e.allianz.com](mailto:individual.joining@e.allianz.com)

🏠 Posta: Allianz  
15 Joyce Way  
Park West Business Campus  
Nangor Road  
Dublin 12, Irlanda

Se ha delle domande in merito al presente modulo o al procedimento di richiesta di copertura, contatti la nostra Helpline: +353 1 630 1305

 [www.facebook.com/AllianzCare](https://www.facebook.com/AllianzCare)

 [www.instagram.com/allianzcare/](https://www.instagram.com/allianzcare/)

 [www.linkedin.com/company/allianz-care](https://www.linkedin.com/company/allianz-care)

 [x.com/AllianzCare](https://x.com/AllianzCare)

 [www.youtube.com/c/allianzcare](https://www.youtube.com/c/allianzcare)

Il presente documento è una traduzione in italiano del documento in lingua inglese. Il testo in inglese è l'unico originale e con valore legale. Se eventuali discrepanze dovessero emergere tra la versione in italiano e la versione in inglese, quest'ultima sarà l'unica a dover essere considerata legalmente vincolante. AWP Health & Life SA è soggetta alla regolazione dell'autorità francese di vigilanza prudenziale (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution), con sede all'indirizzo 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Parigi Cedex 09, Francia.

AWP Health & Life SA, che opera sul mercato attraverso la sua succursale irlandese, è una società a responsabilità limitata soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances"), compagnia registrata in Francia con il numero: 401 154 679 RCS Bobigny. La succursale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda, numero 907619, all'indirizzo: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda. Allianz Care ed Allianz Partners sono ragioni sociali registrate di AWP Health & Life SA.