



MODULO DI SOTTOSCRIZIONE

I Programmi sanitari internazionali possono essere sottoscritti online visitando il sito web all'indirizzo
www.allianzcare.com/it

Per favore, compili il presente modulo in STAMPATELLO

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

Se invece desidera essere incluso in una polizza di gruppo, per favore indichi:

Nome dell'azienda

Numero del contratto di gruppo

Come compilare questo modulo di sottoscrizione

1. Compili il modulo di sottoscrizione per intero e ci comunichi tutte le informazioni pertinenti in modo che la copertura possa essere confermata. Una volta inviatoci la sua domanda, il nostro team medico per la valutazione dello stato di salute ne esaminerà i dettagli. Se ci ha comunicato eventuali condizioni mediche, potremmo richiederle ulteriori informazioni. Valuteremo quindi tali informazioni e la contatteremo il prima possibile per comunicarle la nostra decisione.
2. Se ha già sottoscritto uno dei nostri Programmi di copertura sanitaria, indichi ogni condizione medica per cui ci ha già inoltrato una richiesta di rimborso a partire dal momento in cui ha sottoscritto una copertura sanitaria con noi.
3. La sezione 7 deve essere firmata dal titolare della polizza; le sezioni 8 e 9 devono essere firmate da tutti gli adulti richiedenti copertura. In linea con l'Informativa sulla protezione dei dati personali (GDPR), non potremo processare la sua richiesta di sottoscrizione se non in possesso di queste firme. Un genitore o tutore deve completare la sezione 8 per tutti i richiedenti di età inferiore ai 18 anni. La sezione 9 deve essere firmata da tutti gli adulti facenti richiesta che desiderano nominare un broker.
4. Se una delle persone che richiede la copertura si sta sottoponendo a cure dentali, si assicuri di compilare un Questionario dentale. Il questionario può essere scaricato sul nostro sito: <https://www.allianzcare.com/it/assicurazione-sanitaria/modulo-di-sottoscrizione-per-programmi-sanitari-internazionali.html>

I termini che seguono, tutte le volte che vengono adoperati nel presente modulo, devono essere intesi come segue:

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

Paese principale di residenza: Paese in cui l'assicurato (o i suoi familiari a carico, laddove sia il caso) vive per più di sei mesi all'anno.

1 DATI DEL RICHIEDENTE (ossia della persona che si propone come titolare della polizza)

Ogni eventuale cambiamento dei dati sottostanti ci dovrà essere comunicato tempestivamente per assicurare che Lei possa ricevere la nostra corrispondenza. Saranno prese in considerazione solamente le richieste di copertura per persone di età inferiore ai 76 anni.

Sig. Sig.ra Sig.na Altro Nome

Cognome

Data di nascita GG / MM / AAAA Sesso: Maschio Femmina

Paese di origine

Nazionalità

Paese principale di residenza

Indirizzo completo nel Paese principale di residenza (obbligatorio)

Telefono principale PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

Numero di telefono secondario PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

Indirizzo e-mail (obbligatorio - per favore, scriva in stampatello)

Professione (obbligatorio. Se Lei è uno studente, la preghiamo di specificarlo qui)

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

Inglese Tedesco Francese Spagnolo Italiano Portoghese

Informazioni su ogni attuale assicurazione sanitaria internazionale:

Nome della compagnia assicurativa

Numero di polizza Data di inizio GG / MM / AAAA

2 FAMILIARI A CARICO DA INCLUDERE NELLA POLIZZA

Con l'espressione "familiari a carico" si intendono il coniuge/partner ed eventuali figli economicamente dipendenti dal titolare della polizza fino al giorno antecedente il compimento del loro 18esimo anno di età, o fino al giorno antecedente il compimento del loro 24esimo anno di età, se studenti a tempo pieno. Se hanno un'età compresa tra i 18 e i 23 anni e studiano a tempo pieno, allegare una lettera del college / università che confermi il loro status di studente o una copia del loro documento di identità. Prenderemo in considerazione solamente le richieste di copertura per i familiari a carico di età inferiore ai 76 anni. Se lo spazio a disposizione non è sufficiente per tutti i familiari a carico, continui su un'altra copia di questo modulo.

	Familiare n. 1	Familiare n. 2	Familiare n. 3
Parentela con il titolare della polizza	Coniuge/Partner <input type="checkbox"/> Figlio(a) <input type="checkbox"/>	Coniuge/Partner <input type="checkbox"/> Figlio(a) <input type="checkbox"/>	Coniuge/Partner <input type="checkbox"/> Figlio(a) <input type="checkbox"/>
Nome			
Cognome			
Data di nascita	<input type="text" value="GG"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>	<input type="text" value="GG"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>	<input type="text" value="GG"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>
Sesso	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>
Professione (obbligatoria - se studente, per favore lo specifichi)			
Indirizzo e-mail (obbligatorio per i familiari a carico maggiorenni)			
Paese di origine			
Paese principale di residenza			
Nazionalità			

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

Nome dell'attuale assicuratore (ove applicabile)			
Numero della polizza attualmente in vigore (ove applicabile)			

3 DATA DI INIZIO DELLA COPERTURA

Indichi la data in cui desidera fare iniziare la sua copertura: / /

L'accettazione della sottoscrizione dell'assicurato da parte nostra è confermata dall'emissione del Certificato di assicurazione. La copertura è valida a partire dalla data di inizio indicata sul medesimo Certificato di assicurazione.

4 DETTAGLI DEL PROGRAMMA

(Questa sezione non deve essere completata se si sta compilando il modulo per richiedere l'inclusione in una polizza di gruppo)



Selezioni l'area di copertura
L'area di copertura è soggetta ai Termini e alle Condizioni della polizza, così come indicati nella Guida alle prestazioni.

Mondo intero Mondo intero (Stati Uniti esclusi) Africa

Può scegliere diversi programmi per ogni membro della famiglia incluso nella polizza, nel rispetto delle linee guida descritte a seguire. Si assicuri di aver selezionato la copertura adeguata per ogni persona da assicurare, per adattarla al meglio alle sue esigenze e a quelle della sua famiglia.

Programmi principali

Faccia riferimento alla Guida alle prestazioni e all'Elenco delle prestazioni per maggiori dettagli sui vari programmi indicati a seguire. Se seleziona il programma Care Pro per chiunque sia coperto dalla polizza, dovrà poi selezionare Care Pro o Care Plus per i restanti facenti richiesta - non potrà selezionare il programma Care.

	Titolare della polizza	Familiare n. 1	Familiare n. 2	Familiare n. 3
Care Pro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Care Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 PATOLOGIE PRE-ESISTENTI

Le patologie pre-esistenti sono condizioni mediche per cui uno o più sintomi si sono manifestati nel corso della sua vita o di quella di uno dei suoi familiari a carico. Ciò vale indipendentemente dal fatto che Lei o i suoi familiari a carico abbiate chiesto assistenza o cure mediche.

Riterremo tali condizioni pre-esistenti ogni volta che possiamo ragionevolmente presumere che Lei o i suoi familiari a carico ne eravate a conoscenza. La sua polizza copre le patologie pre-esistenti, salvo diversa comunicazione scritta.

Considereremo pre-esistenti anche le patologie che si manifestino nel periodo compreso tra la compilazione del modulo di sottoscrizione e la data posteriore tra le seguenti:

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

Tali condizioni pre-esistenti saranno soggette a valutazione medica e, se non dichiarate, non verranno coperte. Di conseguenza, è importante che ci informi di eventuali variazioni delle informazioni rilevanti (ovvero i fatti che potrebbero influenzare la nostra valutazione ed accettazione della sua richiesta) fornite in questo modulo, se tali variazioni si verificano nel periodo compreso tra la compilazione del modulo e l'accettazione della copertura da parte di Allianz Care. Dovrà inoltre fornire, quando richiesto, eventuali ulteriori informazioni di cui la compagnia potrebbe avere bisogno.

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 ne ha inclusi). Tutti i fatti clinici rilevanti (che potrebbero influenzare la valutazione di questa dichiarazione e l'accettazione della copertura da parte della compagnia) devono essere menzionati. **Se non è sicuro della rilevanza di un fatto della sua storia clinica, lo riporti comunque.** La mancata divulgazione di tutti i fatti rilevanti può rendere nulla la polizza. **Il presente modulo rimane valido per due mesi dalla data in cui viene firmato.**

	Richiedente	Familiare n. 1	Familiare n. 2	Familiare n. 3
Altezza	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Peso	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Ha fatto consumo di tabacco di qualsiasi tipo durante l'ultimo anno?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se sì, quanto al giorno in media?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /giorno	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /giorno	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /giorno	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /giorno
Consuma bevande alcoliche?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se ha risposto "Sì", quante unità di bevande alcoliche consuma in una settimana? (1 bicchierino = 1 unità; 250 ml di birra = 1 unità; 1 bicchiere di vino = 1 unità. Se non ne consuma, indichi "zero")	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /settimana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /settimana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /settimana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /settimana
Utilizza occhiali o lenti a contatto? Se ha risposto "Sì", indichi:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
• Tipo di problema oculare				
• Diottrie per occhio (queste sono indicate sulla prescrizione dell'oculista)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> occhio destro	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> occhio destro	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> occhio destro	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> occhio destro
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> occhio sinistro	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> occhio sinistro	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> occhio sinistro	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> occhio sinistro

1. Qualcuna delle persone indicate in questo modulo ha mai sofferto delle seguenti patologie, o è stata ricoverata, ha ricevuto trattamenti, o si è sottoposta a test o prove diagnostiche per una delle patologie riportate di seguito?

- (a) **Qualsiasi malattia o disturbo cardiaco o circolatorio** quale, ad esempio: attacco cardiaco, malattia coronarica, battito cardiaco irregolare, soffio toracico, dolori al petto, embolo, disfunzione del sangue, pressione sanguigna anormale o colesterolo elevato. Si No
- (b) **Qualsiasi malattia o disturbo dermatologico** quale, ad esempio: psoriasi, dermatite, eczemi, allergie o acne. Si No
- (c) **Qualsiasi malattia o disturbo endocrino** quale, ad esempio: diabete, problemi di peso, gotta, problemi alla tiroide o altri squilibri ormonali. Si No
- (d) **Qualsiasi malattia o disturbo ad occhi, orecchie, naso o gola** quale, ad esempio: cataratta, glaucoma, perdita dell'udito, sinusite, tonsille o adenoidi. Si No
- (e) **Qualsiasi malattia o disturbo gastrointestinale** quale, ad esempio: problemi di stomaco, ernia, emorroidi, calcoli biliari, polipi del colon, malattia di Crohn, colite o problemi al fegato. Si No
- (f) **Qualsiasi malattia o disturbo infettivo o virale** quale, ad esempio: epatite A-B-C, herpes, HIV, malaria, meningite, infezioni del sangue o malattie sessualmente trasmissibili. Si No
- (g) **Qualsiasi malattia o disturbo muscolare e scheletrico** quale, ad esempio: mal di schiena, dolori cervicali, dolori articolari, artrite, paralisi, protesi articolari o problemi alla cartilagine o ai legamenti. Si No
- (h) **Qualsiasi malattia o disturbo neurologico** quale, ad esempio: ictus, sclerosi multipla, epilessia, disturbi neurodegenerativi o crisi epilettiche, emicrania, sciatica o dolore neuropatico. Si No
- (i) **Qualsiasi malattia o disturbo oncologico** quale, ad esempio: qualsiasi cancro, leucemia, linfoma, tumore, lesioni cutanee, escrescenze, rigonfiamenti, cisti, polipi o nei. Si No
- (j) **Qualsiasi disturbo psichiatrico o psicologico** quale, ad esempio: depressione, ansietà, sindrome da affaticamento cronico, disturbi alimentari o problemi di alcol/droga, Alzheimer o altre forme di demenza. Si No
- (k) **Qualsiasi malattia o disturbo respiratorio** quale, ad esempio: broncopneumopatia cronica ostruttiva, asma, bronchite, sinusite o insufficienza respiratoria. Si No


7 DICHIARAZIONE

Per favore, legga con attenzione il testo che segue e firmi il documento solo se comprende totalmente ed accetta quanto di seguito specificato.

- Dichiaro che tutte le informazioni fornite in questo modulo sono vere e complete, anche quelle che non sono state scritte di mio proprio pugno. Dichiaro inoltre che non ho omesso o falsato alcuna fatto clinico rilevante. Comprendo che questo modulo costituisce la base del contratto tra me e Allianz Care, e che qualsiasi informazione falsa, incorretta o fuorviante, o l'omissione di informazioni mediche rilevanti, potrebbe rendere nulla la mia polizza.
- Mi impegno ad informare Allianz Care immediatamente e per iscritto nel caso in cui si verificano cambi nel mio stato di salute (o in quello dei miei famigliari a carico, ove applicabile) nel periodo tra la data in cui firmo il presente modulo e la data d'inizio della copertura.
- Confermo di essere d'accordo a rinunciare al mio diritto alla segretezza e alla riservatezza in riferimento alle informazioni relative alla mia storia clinica nel contesto di questa richiesta di copertura sanitaria. Acconsento a che Allianz Care, se lo considera opportuno, controlli la veridicità di quanto da me affermato in merito alla mia storia clinica; acconsento a che contatti altre compagnie assicurative presso cui sono o sono stato assicurato, per controllare la storia clinica relativa ad altri contratti precedenti o ancora in vigore.
- Fatte salve le restrizioni legali, Allianz Care (o i suoi consulenti medici, rappresentanti designati o eventuali terzi che vengano chiamati in qualità di esperti a valutare la mia situazione medica in caso di controversie) possono richiedere informazioni mediche sulla mia persona a professionisti del settore medico. In caso si verificassero tali circostanze, autorizzo i miei medici, specialisti, dentisti ed i dipendenti delle installazioni sanitarie presso cui ricevo trattamento a rilasciare informazioni mediche ove richiesto. Affermo che quanto dichiarato in questa sezione è valido anche per i miei familiari a carico di età inferiore ai 18 anni e per i familiari a carico che non sono in grado di valutare il significato di quanto qui affermato.
- Confermo di:
 - aver letto e integralmente compreso le definizioni, le prestazioni, le esclusioni e le condizioni di polizza (informazioni in merito alle patologie preesistenti incluse);
 - aver ricevuto, letto e compreso il Documento Informativo sul Prodotto Assicurativo ed accetto i Termini e le Condizioni qui riassunti ed ulteriormente illustrati nella mia Guida alle prestazioni.
 - sulla base delle informazioni fornite in questi documenti e dei programmi da me selezionati, credo che il prodotto che ho selezionato sia il più adatto alle mie specifiche esigenze assicurative.
- Comprendo che:
 - il presente modulo rimane valido per due mesi dalla data in cui viene firmato;
 - posso ritirare la mia richiesta di copertura per iscritto tramite lettera, e-mail o fax entro 30 giorni dalla data in cui ricevo i Termini e le Condizioni completi della mia polizza. A condizione che non abbia presentato una richiesta di rimborso, ho diritto al rimborso completo del premio.
- Accetto che:
 - sia mia la responsabilità di controllare l'accuratezza delle informazioni personali contenute nel Certificato di assicurazione, una volta emesso. In caso di errori o di divergenza dalle informazioni incluse nel presente modulo, la situazione verrà considerata da me approvata se non ne richiedo la modifica entro 30 giorni dal rilascio del Certificato di assicurazione;
 - la polizza sia soggetta ai Termini e Condizioni standard in vigore alla data di inizio della copertura e contenuti nella Guida alle prestazioni.
 - la copertura offerta da Allianz Care potrebbe non essere idonea se io e i miei familiari a carico risiediamo attualmente o diventiamo residenti in futuro di un Paese in cui vi è l'obbligo legale di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria locale (come ad esempio la Svizzera);
 - sia mia la responsabilità di accertare che io non sia soggetto ad obbligazioni legali di sottoscrizione di un'assicurazione medica locale e di verificare che la copertura della mia assicurazione sia legalmente appropriata ed idonea nel mio Paese di residenza.

In qualità di richiedente, firmo la presente dichiarazione e il modulo a nome di tutte le persone incluse nel modulo stesso.



 Firma del richiedente _____

Nome del richiedente in stampatello

Data / /

8 NOMINA DEL TITOLARE DI POLIZZA

Questa sezione deve essere completata da tutti i familiari a carico che desiderino nominare il titolare di polizza come principale punto di contatto.

Per aiutarci a gestire la polizza, è possibile indicare titolare di polizza come contatto principale dell'assicurazione. Per farlo, deve semplicemente selezionare "Sì" e firmare di seguito.

Autorizzo


ad agire in mia rappresentanza nell'amministrazione di questa polizza. Questo potrebbe includere la condivisione di informazioni mediche sensibili. La presente autorizzazione sarà valida fino a mia revoca per iscritto indirizzata ad Allianz Care.




Sì No

Sì No


Sì No

 Firma del 1° familiare a carico _____

/ /

 Firma del 2° familiare a carico _____

/ /

 Firma del 3° familiare a carico _____

/ /

9 NOMINA DEL BROKER

Questa sezione deve essere compilata dal richiedente e dai suoi familiari a carico che desiderino nominare un broker come principale punto di contatto.

Autorizzo _____

INSERT NAME OF BROKER

Spazio ad uso amministrativo - dati e timbro del broker

ad agire in mia rappresentanza nell'amministrazione di questa polizza. Questo potrebbe includere la condivisione di informazioni mediche sensibili. La presente autorizzazione sarà valida fino a mia revoca per iscritto indirizzata ad Allianz Care.



Firma del richiedente

G G / M M / A A A A

Firma del 1° familiare a carico

G G / M M / A A A A

Firma del 2° familiare a carico

G G / M M / A A A A

Firma del 3° familiare a carico

G G / M M / A A A A

10 LA PROTEZIONE DEI SUOI DATI PERSONALI È IMPORTANTE PER NOI

La nostra Informativa sulla Protezione dei Dati spiega come proteggiamo la sua privacy. Questo è un importante documento che spiega come processiamo i suoi dati personali. La invitiamo a prenderne visione prima di condividere i suoi dati personali con noi. Per leggere la nostra Informativa sulla Protezione dei Dati, visitare: <https://www.allianzcare.com/it/privacy.html>

In alternativa, può contattarci al numero + 353 1 630 1305 per richiedere una copia cartacea della nostra Informativa sulla Protezione dei Dati completa. Se ha domande su come utilizziamo i suoi dati personali, può sempre contattarci tramite e-mail all'indirizzo: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

11 CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Abbiamo bisogno del suo consenso per raccogliere e trattare i suoi dati sanitari e di altro tipo. Se non fornisce il suo consenso esplicito al trattamento dei suoi dati personali come descritto di seguito, non saremo in grado di fornirle la polizza che desidera acquistare o di evadere le richieste di rimborso che potrebbero esserle dovute. Se acconsente, tratteremo i suoi dati per i seguenti motivi ed attività.

Un genitore o tutore deve dare il consenso per tutti i richiedenti di età inferiore ai 18 anni.

Io, il richiedente, e i familiari a carico qui riportati, concordo con quanto segue:

Nome del richiedente	Nome del familiare 1	Nome del familiare 2	Nome del familiare 3

- Autorizzazione alla raccolta, alla conservazione e all'utilizzo dei miei dati sanitari:** Allianz Care può raccogliere, conservare ed utilizzare i dati sanitari per gestire la polizza, ad esempio fornirmi un preventivo per la copertura assicurativa, sottoscrivere i rischi da assicurare o evadere le richieste di rimborso. Allianz Care potrà conservare i miei dati personali in conformità al Codice dei consumatori applicabile per legge alla mia polizza assicurativa sottoscritta con la compagnia assicurativa o a qualsiasi altra legge applicabile che richieda la loro conservazione.
- Autorizzazione all'ottenimento dei miei dati da parti terze:** Per offrirmi una polizza assicurativa, valutarne i rischi ed evadere eventuali richieste di rimborso, Allianz Care potrà ottenere i miei dati sanitari e di altro tipo da medici, infermieri e personale ospedaliero, così come da altre strutture sanitarie, case di cura, fondi di assicurazione sanitaria obbligatoria, dal responsabile del pagamento del premio, dalle associazioni di professionisti e dalle autorità pubbliche. Accetto di sollevare tutte le persone facenti parte di queste istituzioni e Allianz Care dai rispettivi obblighi di riservatezza relativi ai miei dati sanitari o di altro tipo che dovranno condividere e utilizzare per gli scopi precedentemente descritti.
- Condivisione dei miei dati al di fuori di Allianz Care:** Allianz Care potrà condividere i miei dati sanitari e di altro tipo con gli esperti e le istituzioni elencate di seguito. Essi useranno tali dati nella stessa misura e per gli stessi scopi di Allianz Care. Sono a conoscenza del fatto che Allianz Care ha concluso accordi contrattuali con queste istituzioni a protezione dei miei dati. Accetto di sollevare tutte le persone facenti parte di queste istituzioni e Allianz Care dai rispettivi obblighi di riservatezza relativi ai miei dati sanitari o di altro tipo che dovranno condividere e utilizzare per gli scopi precedentemente descritti:
 - Con esperti medici indipendenti se ciò è necessario per valutare i rischi assicurativi ed eventuali prestazioni da pagare a me o alla parte terza che mi fornisce cure o servizi coperti dalla mia polizza assicurativa.
 - Con fornitori di servizi al di fuori del Gruppo Allianz che svolgono determinati servizi per conto della compagnia assicurativa quali la valutazione del rischio e la gestione delle richieste di rimborso quando:
 - questi servizi implicano la raccolta e l'utilizzo dei miei dati sanitari e di altro tipo
 - senza tali dati la compagnia assicurativa non sarebbe in grado di gestire la mia polizza o evadere le richieste di rimborso a me dovute.
 - Con le compagnie coassicuratrici, per distribuire la copertura del rischio assicurativo con le altre società con cui la compagnia assicurativa emette la polizza e per gestire congiuntamente le richieste di rimborso.
 - Con altre compagnie di assicurazione o ri-assicurazione che potrebbero coprire lo stesso rischio assicurativo durante un medesimo periodo (assicurazione multipla) per:
 - ripartire il pagamento di eventuali rimborsi a me dovuti o
 - per collaborare nel rilevamento o nella prevenzione di frodi e crimini finanziari.

Qualora cambiassi idea sulle mie preferenze espresse qui sopra o decidessi di ritirare anche solo parzialmente il mio consenso, potrò comunicare la mia decisione ad Allianz Care scrivendo all'indirizzo e-mail AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com



Firma del richiedente

G G / M M / A A A A

Firma del 1° familiare a carico

G G / M M / A A A A

Firma del 2° familiare a carico

G G / M M / A A A A

Firma del 3° familiare a carico

G G / M M / A A A A

12 PREFERENZE DI MARKETING

Io (il richiedente) e i miei familiari a carico autorizziamo Allianz Care a raccogliere, utilizzare e divulgare i miei dati personali per fornirmi informazioni di marketing. Sono consapevole del fatto che i miei dati personali verranno trattati per le seguenti ragioni e attività che ho espressamente accettato indicandolo di seguito.

Nome del richiedente	Nome del familiare 1	Nome del familiare 2	Nome del familiare 3

Informazioni che Allianz Care invia sui propri prodotti e servizi, inclusi aggiornamenti sulle ultime promozioni e sui nuovi prodotti e servizi.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Informazioni mandate da altre compagnie facenti parte del gruppo Allianz* in merito ai propri prodotti e servizi. Comprendo che condividerete i miei recapiti pertinenti con loro a tale scopo.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Informazioni mandate dai partner commerciali di Allianz Care riguardanti i loro prodotti e servizi. Comprendo che condividerete i miei recapiti pertinenti con loro a tale scopo.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Tali comunicazioni possono essermi inoltrate tramite i seguenti canali:

E-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notifiche tramite applicazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 DATI DI PAGAMENTO

Non è necessario compilare questa sezione se si sta richiedendo l'inclusione in una polizza di gruppo il cui premio viene liquidato dall'azienda contraente.

Per favore, non effettui alcun pagamento finché non le viene comunicato il numero di polizza.

Valuta di pagamento

Selezioni la casella appropriata per indicare la valuta in cui preferisce effettuare il pagamento del premio.

Euro	<input type="checkbox"/>
Sterlina inglese	<input type="checkbox"/>
Franco svizzero	<input type="checkbox"/>
Dollaro statunitense	<input type="checkbox"/>

(Noti che l'opzione dell'addebito diretto è disponibile se sceglie di pagare il premio in Euro, Sterline inglesi o Franchi svizzeri, ma non se sceglie di pagare in Dollari statunitensi)

Frequenza e metodo di pagamento

I pagamenti sono soggetti ai seguenti supplementi amministrativi: 0% per i pagamenti a scadenza annuale, 3% per i pagamenti a scadenza semestrale, 4% per i pagamenti a scadenza trimestrale e 5% per i pagamenti a scadenza mensile.

Selezioni la casella appropriata per indicare la frequenza e il metodo in cui preferisce per il pagamento del premio:

	Annua	Semestrale	Trimestrale	Mensile
Addebito diretto* (per i pagamenti in euro, sterline inglesi e franchi svizzeri)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carta di credito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assegno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non disponibile
Bonifico bancario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non disponibile

Se sceglie di pagare il suo premio a mezzo addebito diretto, per favore completi il modulo "Mandato per addebito diretto" disponibile sul sito: www.allianzcare.com/it/assicurazione-sanitaria/modulo-di-sottoscrizione-per-programmi-sanitari-internazionali.html

Per favore, tenga presente che se è membro di una copertura aziendale e desidera pagare con addebito diretto, dovrà selezionare la frequenza di pagamento mensile.

Per favore, invii il presente modulo debitamente compilato tramite:

Email: underwriting@allianzworldwidecare.com

Fax: + 353 1 630 1306

Posta: Allianz Care
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublino 12, Irlanda

Per qualsiasi domanda in merito al presente modulo o alla sua richiesta di trasferimento di copertura, contatti l'Helpline: +353 1 630 1305

www.facebook.com/AllianzCare/
www.linkedin.com/company/allianz-care
www.youtube.com/c/allianzcare
www.instagram.com/allianzcare/
twitter.com/AllianzCare

Il presente documento è una traduzione in italiano del documento originale 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, che opera sul mercato attraverso la sua succursale irlandese, è una società per azioni 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, con il 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.

AUTORIZZAZIONE AL PRELIEVO SU CARTA DI CREDITO

Se desidera effettuare il pagamento del premio a mezzo carta di credito, fornisca le seguenti informazioni:

Tipo di carta di credito: MasterCard VISA American Express JCB Diners Club Discover

Nome del titolare della carta di credito

Numero della carta di credito Data di scadenza /

Codice CVV

VISA, MasterCard, Discover and Diners Club: le ultime tre cifre nella sezione della firma, sul retro della carta.

American Express: numero di quattro cifre stampato sulla parte anteriore della carta sopra il numero della carta.

Per proteggere la sua privacy, una volta inseriti i dati della sua carta di credito nel nostro sistema, questa pagina verrà rimossa dal resto del modulo e distrutta.

Autorizzazione al prelievo su carta di credito

Autorizzo Allianz Care a riscuotere dal conto della mia carta di credito il premio relativo alla mia polizza sanitaria. Capisco che l'ammontare del premio mi verrà confermato tanto all'accettazione quanto al rinnovo della copertura, o in occasione di eventuali mie richieste che possano incidere sul premio della polizza, come ad esempio l'inclusione di un familiare a carico nella copertura. Allianz Care continuerà a riscuotere il premio dal conto della mia carta di credito finché tale istruzione non verrà da me cancellata per iscritto. La compagnia mi informerà con un mese di anticipo in merito a qualsiasi incremento del tasso del premio annuale.

Firma del titolare della carta di credito Data / /