

Modulo di sottoscrizione

per polizze con moratoria

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;
- sezione "Consenso" a pagina X:
 - 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 alla sezione 9 ("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 titolare della polizza come punto di contatto principale per ogni questione relativa alla polizza, devono fornire il consenso alle sezioni 6 ("Nomina del titolare della polizza") e 7 ("Nomina del broker");

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 dell'Anno assicurativo.

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

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

Nome dell'azienda

Numero identificativo del nucleo aziendale assicurato

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.

Sig. ☐ Sig.ra ☐ Sig.na ☐ Altro Nome

Cognome

Data di nascita / / Sesso biologico alla nascita Maschio ☐ Femmina ☐

Altezza cm Peso kg

Paese di origine

Nazionalità

Paese principale di residenza

Indirizzo completo nel Paese principale di residenza (campo obbligatorio)

Codice fiscale (campo obbligatorio per i residenti in Spagna, Italia e Portogallo)

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 /

In quale lingua desidera ricevere la documentazione della polizza?

Italiano ☐ Inglese ☐ Tedesco ☐ Francese ☐ Spagnolo ☐ 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 ☐ Figlio ☐	Coniuge/partner ☐ Figlio ☐	Coniuge/partner ☐ 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 ☐
Altezza	cm	cm	cm
Peso	kg	kg	kg
Professione (campo obbligatorio – se studente, per favore lo specifichi)			
Indirizzo e-mail (campo obbligatorio per i familiari maggiorenni)			
Paese di origine			
Paese principale di residenza			
Nazionalità			

Eventuali altre coperture assicurative in essere, sia nazionali che internazionali

Nome della 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?

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. Condizioni di copertura

Polizza con moratoria

La polizza con moratoria prevede che non si sia immediatamente coperti per le patologie preesistenti.

Questo significa che viene applicato un periodo di carenza di 24 mesi prima che eventuali richieste di rimborso relative a patologie preesistenti siano considerate ammissibili.

Le patologie preesistenti non saranno coperte se, entro il periodo di 24 mesi precedente la data di inizio della sua polizza (o la data indicata nel suo Certificato di assicurazione), si verifica una o più delle seguenti condizioni:

- era plausibile prevedere che la patologia si sarebbe manifestata dopo la data di inizio della sua copertura;
- la patologia si è chiaramente manifestata mostrando segni o sintomi, oppure richiedendo cure, esami o farmaci;
- era a conoscenza di avere questa patologia.

A conclusione del periodo di carenza di 24 mesi, le patologie preesistenti potrebbero essere coperte dalla sua polizza a condizione che Lei non abbia avuto sintomi, non si sia sottoposto a cure mediche, non abbia assunto farmaci, non abbia seguito una dieta speciale o altre indicazioni mediche, o abbia avuto qualsiasi altro segno della patologia preesistente.

Se durante il periodo di carenza di 24 mesi si manifestano sintomi, riceve o ha bisogno di cure, farmaci, una dieta o consigli speciali o si presentano altre indicazioni di una qualsiasi patologia, il periodo di carenza per quella patologia preesistente comincerà daccapo (la moratoria non sarà interrotta).

5. 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. 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.**
- 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.
- Il sottoscritto conferma 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 e le condizioni della moratoria;
 - ho ricevuto, letto e compreso 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.

6. 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 amministrare questa polizza agendo per conto di tutti i familiari a carico qui menzionati, 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.

7. 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 chiederò per iscritto ad Allianz di revocarla.

8. 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

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

9. 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.

Un genitore o il tutore deve completare questa parte a nome di eventuali minori di 18 anni inclusi nella richiesta di copertura.

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

1. **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.
2. **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.
3. **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

10. 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.

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

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	☐	☐	☐	☐

11. Consenso

Indichi per quali delle seguenti sezioni fornisce il consenso.

5. Dichiarazione**

☐
6. Nomina del titolare della polizza**

☐
7. Nomina del broker (ove applicabile)

☐

Nome del broker:
8. Protezione dei suoi dati personali**

☐
9. Autorizzazione al trattamento dei dati**

☐
10. 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

G

G

/

M

M

/

A

A

A

A

 Firma del familiare n. 1

G

G

/

M

M

/

A

A

A

A

 Firma del familiare n. 2

G

G

/

M

M

/

A

A

A

A

 Firma del familiare n. 3

G

G

/

M

M

/

A

A

A

A

** 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”.

12. Pagamento del premio

Non deve completare questa parte se il premio è pagato dalla sua azienda.

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)	☐
Dollaro statunitense (USD)	☐

Può scegliere di pagare a mezzo addebito diretto da un conto europeo se paga il premio in Euro, ma non è un’opzione disponibile se sceglie Sterlina inglese o Dollaro statunitense.

Frequenza e metodo di pagamento

Il pagamento del premio è soggetto alle seguenti sopratasse 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)	Non disponibile	Non disponibile	Non disponibile	☐
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

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	/
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	/ /
--	------	---

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

@ E-mail: individual.joining@e.allianz.com

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

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

-  www.facebook.com/AllianzCare
-  www.linkedin.com/company/allianz-care
-  www.youtube.com/c/allianzcare
-  www.instagram.com/allianzcare/
-  x.com/AllianzCare
-  www.tiktok.com/@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, n.: 907619, all'indirizzo 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda.