

# Modulo di sottoscrizione



Se stampa e compila a mano questo modulo, **PER FAVORE SCRIVA IN STAMPATELLO.**

Se sta completando il modulo per aggiungere un familiare alla sua copertura, 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

## Come compilare questo modulo:

1. Compili il modulo in ogni sua parte e non dimentichi di fornirci tutte le informazioni importanti.
2. La sezione 5 di questo modulo deve essere firmata dalla persona che si propone come titolare della polizza. La sezione 9 deve essere firmata da tutte le persone adulte che richiedono copertura in questo modulo. Come da regole europee per la protezione dei dati (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. La sezione 7 deve essere firmata da tutti gli adulti che richiedono copertura in questo modulo, se sono d'accordo a nominare il broker assicurativo come punto di contatto principale per ogni questione relativa alla polizza.

Troverà che i seguenti termini vengono spesso adoperati in questo modulo. Le chiariamo di seguito che cosa intendiamo quando li usiamo:

**Paese di origine:** Paese di cui detiene un passaporto valido oppure il suo Paese principale di residenza.

**Paese principale di residenza:** Paese in cui durante la durata della polizza vivrà per più di sei mesi all'anno.

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

Se qualcuno dei dati sottostanti dovesse cambiare in qualsiasi momento, ci informi tempestivamente per assicurarsi che la nostra corrispondenza continui a raggiungerla.

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 (campo obbligatorio)

Telefono principale PREFISSO INTERNAZIONALE  PREFISSO DELLA CITTÀ

Numero di 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 internazionale in attivo:**

Nome della compagnia assicurativa

Numero di polizza  Data di inizio della polizza GG / MM / AAAA

## 2 Familiari a carico da includere nella polizza

Per “familiari a carico” intendiamo il suo coniuge/compagno 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. 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/compagno <input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/>	Coniuge/compagno <input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/>	Coniuge/compagno <input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/>
Nome			
Cognome			
Data di nascita	<input type="text" value="G G"/> / <input type="text" value="M M"/> / <input type="text" value="A A A A"/>	<input type="text" value="G G"/> / <input type="text" value="M M"/> / <input type="text" value="A A A A"/>	<input type="text" value="G G"/> / <input type="text" value="M M"/> / <input type="text" value="A A A A"/>
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 (campo obbligatorio – se studente, per favore lo specifichi)			
Indirizzo e-mail (obbligatorio per i familiari maggiorenni)			
Paese di origine			
Paese principale di residenza			
Nazionalità			

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

Nome della compagnia assicurativa (laddove applicabile)			
Numero della polizza attualmente in vigore (laddove applicabile)			

## 3 Data di inizio della copertura

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

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 Moratoria e patologie preesistenti – condizioni che si applicheranno alla sua polizza

Dal momento che sta richiedendo di sottoscrivere una polizza con moratoria, vogliamo chiarire quali condizioni si applicheranno alla sua copertura. La preghiamo di leggere la definizione che segue, la quale riassume il funzionamento della moratoria. I termini e le condizioni completi della polizza sono descritti in maggiore dettaglio nella Guida alle prestazioni.

**Moratoria:** periodo di carenza di 24 mesi che comincia o nella data d'inizio della polizza o nella data indicata nella sezione per le condizioni speciali del suo Certificato di assicurazione. Solo alla scadenza del periodo di carenza l'assicurato può iniziare a richiedere rimborsi di spese mediche relative a patologie preesistenti.

Le patologie preesistenti non sono coperte se una o più delle situazioni che seguono si sono verificate nei 24 mesi successivi alla data di inizio della sua polizza (o alla data indicata nel suo Certificato di assicurazione):

- si prevedeva ragionevolmente che la patologia si sarebbe manifestata dopo la data di inizio della sua copertura;
- la patologia si è chiaramente manifestata;
- ha avuto sintomi o segni della patologia;
- ha chiesto consiglio medico relativo a questa patologia;
- si è sottoposto a trattamento per questa patologia;
- era a conoscenza di avere questa patologia.

A conclusione del periodo di carenza di 24 mesi, le patologie preesistenti potrebbero diventare coperte per la 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.

## 5 Dichiarazione

Legga con attenzione e firmi solo se comprende totalmente e accetta quanto di seguito indicato.

- 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 sarà la base del futuro contratto assicurativo tra me e Allianz Care e che qualsiasi dichiarazione falsa, incorretta o fuorviante da parte mia, o anche qualsiasi omissione nella dichiarazione della storia clinica mia o di eventuali familiari da includere in copertura potrebbe rendere nulla la 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 Care, 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 Care (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 i medici, specialisti, dentisti, altri professionisti della medicina e i dipendenti di ospedali, enti sanitari e centri medici a fornire ad Allianz Care 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 a pieno 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 e le condizioni della moratoria;
  - accetto i termini e le condizioni proposte nella Guida alle prestazioni;
  - 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, e-mail o fax entro 30 giorni dalla data in cui ricevo i termini e condizioni della mia polizza. Se non ho richiesto alcun rimborso per spese mediche, avrò il 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. Se ci sono delle discrepanze con i dati inclusi in questo modulo ma non lo faccio presente entro 30 giorni dalla data di emissione del Certificato di assicurazione, significherà che ho accettato l'offerta di copertura;
  - 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 Care 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 (ad esempio, la Svizzera);
  - sono responsabile di verificare che non sono soggetto a coperture sanitarie obbligatorie nel mio Paese di residenza e posso confermare che la copertura assicurativa di Allianz Care è appropriata per me dal punto di vista legale.

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

 Firma del titolare della polizza

Nome in stampatello

Data

## 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 nominarlo, basta firmare in basso.


Autorizzo

NOME DEL TITOLARE DELLA POLIZZA

ad agire a mio nome per quanto riguarda l'amministrazione della polizza, cosa che potrebbe includere la visione di informazioni riservate sulla mia salute e storia clinica. La presente nomina rimarrà attiva fino a quando richiederò ad Allianz Care per iscritto di revocarla.

 Firma del familiare n. 1

 Firma del familiare n. 2

 Firma del familiare n. 3


## 7 Nomina del broker (se applicabile)

Autorizzo

NOME DEL BROKER

Solo ad uso ufficio - dati e timbro del broker

ad agire a mio nome relativamente all'amministrazione della mia polizza, cosa che potrebbe includere la visione di informazioni riservate sulla mia salute e storia clinica. La presente nomina rimarrà attiva fino a quando richiederò ad Allianz Care per iscritto di revocarla.

 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

## 8 Abbiamo a cuore la riservatezza 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 email all'indirizzo [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto: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 devono 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

- Autorizzazione alla raccolta, conservazione e utilizzo dei dati sulla mia salute:** autorizzo Allianz Care 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 sulle 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 Care ad 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, dalla persona che 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 Care 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 Care:** autorizzo Allianz Care 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 Care. Comprendo che Allianz Care ha accordi in riferimento alla protezione dei dati con questi terzi. Esonero tutte le persone che lavorano per i terzi e per Allianz Care 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 Care, come ad esempio la valutazione del rischio assicurativo e il pagamento dei rimborsi, laddove:
    - questi servizi coinvolgono la raccolta e l'utilizzo di dati personali e della storia clinica;
    - e Allianz Care 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 Care.
  - 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 Care scrivendo un'e-mail all'indirizzo: [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)**

 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

## 10 Preferenze di marketing

Il sottoscritto (titolare della polizza) e i familiari inclusi in questo modulo autorizzano Allianz Care a raccogliere, usare e rivelare i miei dati personali allo scopo di fornirmi informazioni a scopo promozionale. Comprendo che i miei dati personali verranno utilizzati solo per i fini e le iniziative che ho spuntato tra quelle elencate 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 Care invia sui propri prodotti e servizi, inclusi gli aggiornamenti su promozioni e nuovi prodotti/servizi.

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

Informazioni inviate direttamente da altre compagnie dell'Allianz Group sui loro prodotti e servizi. Comprendo che, a questo scopo, Allianz Care dovrà fornire i miei recapiti a tali altre compagnie dell'Allianz Group.

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

Informazioni inviate direttamente da partner di Allianz Care in merito ai loro prodotti e servizi. Comprendo che, a questo scopo, Allianz Care dovrà fornire i miei recapiti a tali partner.

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

Le informazioni di cui sopra devono essermi inviate per:

E-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messaggi in-app	<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"/>

## 11 Pagamento del premio

Non deve completare questa parte se sta compilando il modulo per entrare a far parte della polizza assicurativa della sua azienda e 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 pagare il suo premio:

Euro	<input type="checkbox"/>
Sterlina inglese (GBP)	<input type="checkbox"/>
Dollaro statunitense	<input type="checkbox"/>

Può scegliere di pagare a mezzo addebito diretto se paga il premio da un conto europeo in Euro o Sterlina inglese. L'addebito diretto non è un'opzione disponibile se sceglie Dollari statunitensi.

### 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 europei in Euro e Sterline)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bonifico bancario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non disponibile

\* Se sceglie di pagare a mezzo addebito diretto, deve compilare e inviarmi il Mandato per addebito diretto che trova qui: <https://www.allianzcare.com/it/assicurazione-sanitaria/modulo-di-sottoscrizione-per-programmi-sanitari-internazionali.html>

## Pagamento a mezzo carta di credito/addebito

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

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

Titolare della carta

Numero della carta     Data di scadenza  M M / 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 di credito.

**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/addebito


Autorizzo Allianz Care a prelevare dal conto della mia carta il premio dovuto per la mia polizza assicurativa 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 determina una variazione del premio, come ad esempio aggiungere un nuovo familiare in copertura, verrò informato tempestivamente. Autorizzo la compagnia assicurativa a continuare indefinitamente a prelevare il mio premio assicurativo dal conto della mia carta, finché io revoco tale autorizzazione dandone notifica scritta ad Allianz Care. Comprendo che verrò informato di eventuali incrementi del premio con un mese di anticipo alla data in cui l'incremento entra in atto.

 Firma del titolare della carta \_\_\_\_\_    Data  G G /  M M /  A A A A

## Inoltre il modulo completato usando i seguenti dati:

 E-mail: [underwriting@allianzworldwidecare.com](mailto:underwriting@allianzworldwidecare.com)

 Fax: +353 1 629 7117

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

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

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

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

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