

Modulo di sottoscrizione

Per richiedere uno dei nostri Programmi di copertura sanitaria internazionale può anche usare il nostro motore di sottoscrizione online sul sito web: www.allianzcare.com/it.

Per favore, prima di compilare questo modulo, consideri quanto segue:

- deve compilare il Modulo di sottoscrizione in ogni sua parte e comunicarci tutte le informazioni pertinenti per consentirci di valutare la sua richiesta;
- se stampa e compila a mano questo modulo, **PER FAVORE SCRIVA IN STAMPATELLO**;
- 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;
- la sezione 7 deve essere firmata dalla persona che si propone come titolare della polizza;
- le sezioni 8 e 11 devono essere firmate da tutte le persone maggiorenni che in questo modulo richiedono la sottoscrizione della polizza. Come da norme europee per la protezione dei dati, non saremo autorizzati alla lavorazione di questo modulo se mancano delle firme. Per eventuali richiedenti minori di 18 anni, uno dei genitori o il tutore deve firmare per loro;
- la sezione 9 deve essere firmata da tutte le persone maggiorenni che in questo modulo richiedono la sottoscrizione della polizza, se sono d'accordo a nominare il broker assicurativo come punto di contatto principale per ogni questione relativa alla polizza.

Una precisazione...

Noterà che nel modulo utilizziamo spesso i termini elencati di seguito. Ecco 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.

Selezioni il tipo di polizza che desidera:

Polizza con moratoria*

Polizza con valutazione completa dello stato di salute**

* 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 può iniziare a richiedere rimborsi di spese mediche relative a patologie preesistenti. La moratoria si riferisce anche a polizze con continuazione di condizioni particolari (da moratoria). Allo scadere del periodo di carenza di 24 mesi, le patologie preesistenti potrebbero diventare coperte dalla polizza, purché non abbia avuto sintomi, necessitato o ricevuto cure, abbia assunto farmaci, abbia condotto una dieta speciale o abbia seguito dei consigli del medico in riferimento alla patologia preesistente durante il periodo di carenza.

** Valutazione completa dello stato di salute

Valutazione del rischio assicurativo che effettuiamo basandoci sui dati da Lei forniti al momento della richiesta di sottoscrizione della copertura. Useremo questi dati per decidere i termini della nostra offerta di copertura.

Completi quanto segue solo se desidera una polizza con valutazione completa dello stato di salute; altrimenti può passare direttamente alla Sezione 1.

Se sta completando questo modulo per accedere al programma sanitario della sua azienda, indichi:

Nome dell'azienda

Numero identificativo dell'azienda

Se è già incluso nel programma sanitario della sua azienda e sta completando il modulo per aggiungere un familiare nella sua copertura,

indichi il numero della sua 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 darà su 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 Care 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 alle regole europee di 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, deve solo scriverci all'indirizzo underwriting@e.allianz.com

Cosa aspettarsi dopo l'inoltro del modulo:

1. il modulo di sottoscrizione verrà valutato dal nostro Ufficio anamnesi medica;
2. se sul modulo dichiara di avere certe patologie per le quali potremmo avere bisogno di maggiori dettagli, l'Ufficio anamnesi medica si metterà in contatto con Lei. 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;
3. se tra coloro che richiedono copertura in questo modulo ci sono persone che stanno al momento ricevendo cure da un odontoiatra, noti che dovrà completare e inviarci anche un questionario dentale che può scaricare da questa pagina: <https://www.allianzcare.com/it/assicurazione-sanitaria/modulo-di-sottoscrizione-per-programmi-sanitari-internazionali.html>

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

Utilizzeremo i dati che ci fornisce di seguito anche per le comunicazioni relative alla sua polizza. Se qualcuno dei suoi dati 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 per le polizze con valutazione completa dello stato di salute, e più di 64 anni compiuti per le polizze con moratoria.

Sig. Sig.ra Sig.na. Altro

Nome

Cognome

Data di nascita / Sesso biologico alla nascita: Maschio Femmina

Paese di origine

Nazionalità

Paese principale di residenza

Codice fiscale (campo obbligatorio se risiede in Italia, Spagna o Portogallo)

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 nazionale o internazionale in attivo:

Nome della compagnia assicurativa

Numero di polizza

Data di inizio della polizza /

Selezioni la lingua in cui desidera ricevere la documentazione di 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. Eventuali coniugi o partner da includere nella polizza non possono avere più di 75 anni compiuti per le polizze con valutazione completa dello stato di salute, e più di 64 anni compiuti per le polizze con moratoria.

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 <input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/>	Coniuge/partner <input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/>	Coniuge/partner <input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/>
Nome			
Cognome			
Data di nascita	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sesso biologico alla nascita	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 (campo obbligatorio per i familiari maggiorenni)			
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 vigore (ove applicabile)			

3 Data di inizio della sua copertura

Quando desidera far cominciare 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 Il suo programma (non deve completare questa sezione se sta compilando il modulo per richiedere l’inclusione nella programma assicurativo 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 (USA esclusi)

Africa

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. Il tipo di sconto dipenderà dall'inclusione o meno di un Programma per la copertura della maternità nella sua polizza. Per favore noti che è possibile selezionare una franchigia del Programma principale O uno scoperto del Programma fuori ricovero – non entrambi. Se seleziona una franchigia, questa si applicherà al suo programma a persona e ad 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 (se la sua copertura non include un Programma per la maternità)	Sconto (se la sua copertura include un Programma per la maternità)
Nessuna franchigia	<input type="checkbox"/>	0%	0%
374 £ / 450 € / 610 US\$ / 585 CHF	<input type="checkbox"/>	5%	2.5%
625 £ / 750 € / 1.015 US\$ / 975 CHF	<input type="checkbox"/>	10%	5%
1.245 £ / 1.500 € / 2.025 US\$ / 1.950 CHF	<input type="checkbox"/>	20%	10%
2.490 £ / 3.000 € / 4.050 US\$ / 3.900 CHF	<input type="checkbox"/>	35%	17.5%
4.980 £ / 6.000 € / 8.100 US\$ / 7.800 CHF	<input type="checkbox"/>	50%	25%
8.300 £ / 10.000 € / 13.500 US\$ / 10.000 CHF	<input type="checkbox"/>	60%	30%

Selezioni lo scoperto per il suo Programma fuori ricovero

Noti che può selezionare O uno scoperto del Programma principale O una franchigia del Programma fuori ricovero, non entrambe insieme. Se seleziona uno scoperto, questo si applicherà al suo programma a persona e ad 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.

Scoperti facoltativi del Programma fuori ricovero		Sconto
Nessuno scoperto	<input type="checkbox"/>	0%
10%, max. 1.255 £ / 1.480 € / 2.000 US\$ / 1.925 CHF	<input type="checkbox"/>	12%
20%, max. 2.461 £ / 2,962 € / 4.000 US\$ / 3.861 CHF	<input type="checkbox"/>	24%
30%, max. 3.076 £ / 3.705 € / 5.000 US\$ / 4.815 CHF	<input type="checkbox"/>	35%

5 Patologie preesistenti

Condizioni applicabili alle polizze con valutazione completa dello stato di salute:

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 che una patologia è preesistente ogni volta che possiamo determinare che Lei o i suoi familiari a carico ne foste a conoscenza prima dell'inizio della copertura. Le nostre polizze normalmente coprono le patologie preesistenti, a meno che le comunichiamo diversamente per iscritto prima dell'inizio della sua copertura.

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

- la data di emissione del suo Certificato di assicurazione, o
- la data di inizio della sua copertura.

Le patologie preesistenti sono soggette al procedimento di valutazione dello stato di salute e, se non le dichiara, non verranno coperte. **Per questo è importante che, se nel periodo sopra indicato si manifestano delle nuove patologie o lesioni non dichiarate in questo modulo, ci aggiorni tempestivamente sui cambi del suo stato di salute o di quello dei suoi familiari a carico.** Inoltre, noti che se dichiara di avere delle patologie preesistenti, potremmo richiederle ulteriori informazioni in merito.

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 la sua copertura già esistente è iniziata.

Condizioni applicabili alle polizze con moratoria:

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 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.

6 Il suo stato di salute

Risponda alle seguenti domande basandosi sulla sua storia clinica completa e su quella dei suoi familiari a carico. 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 può rendere 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 <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
Durante l'ultimo anno, ha fatto uso di tabacco di qualsiasi tipo? 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, 10mg di nicotina per sigaretta elettronica = 1 unità, se non fuma, indichi NO	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /al giorno	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /al giorno	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /al giorno
Beve alcolici? Se ha risposto "Sì", quante unità di bevande alcoliche consuma in una settimana? (1 bicchierino = 1 unità, 250ml di birra = 1 unità, 1 bicchiere di vino = 1 unità. Se non ne consuma, scriva "No")	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /a settimana	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /a settimana	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /a settimana

Nota importante: se sta compilando il modulo per richiedere una polizza con moratoria, da qui in poi non ha bisogno di completare il resto di questa sezione 6 e può saltare direttamente alla sezione 7.

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) **Malattie cardiache o disturbi circolatori** quali, ad esempio: infarto, problemi coronarici o vascolari, battito cardiaco irregolare, soffio toracico, dolori al petto, embolo, disfunzione del sangue, pressione sanguigna anomala, colesterolo alto, ecc. Sì No
 - b) **Malattie o problemi dermatologici** quali, ad esempio: psoriasi, dermatite, eczemi, allergie, acne, ecc. Sì No
 - c) **Malattie o disturbi endocrini** quali, ad esempio: diabete, pancreatite, problemi di peso, gotta, problemi alla tiroide o altri squilibri ormonali, ecc. Sì No
 - d) **Malattie o disturbi ad occhi, orecchie, naso e gola** quali, ad esempio: cataratta, glaucoma, distacco della retina, perdita dell'udito, otite, sinusite, tonsillite, problemi alle adenoidi, miopia superiore a 6 diottrie, ecc. Sì No
 - e) **Malattie o disturbi gastrointestinali** quali, ad esempio: problemi di stomaco, ernia, emorroidi, calcoli biliari, polipi del colon, malattia di Crohn, colite, problemi al fegato, ecc. Sì No
 - f) **Malattie infettive o virali** quali, ad esempio: epatite A, B o C, herpes, HIV, SARS-CoV-2 / COVID-19, malaria, meningite, infezioni del sangue, malattie veneree, ecc. Sì No
 - g) **Malattie o disturbi muscolari o scheletrici** quali, ad esempio: mal di schiena, dolori cervicali, dolori articolari, artrite, fibromialgia, sostituzioni articolari o problemi alla cartilagine e/o ai legamenti, sindrome del tunnel carpale, ecc. Sì No
 - h) **Malattie o disturbi neurologici** quali, ad esempio: ictus, sclerosi multipla, epilessia, disturbi neurodegenerativi, paralisi, crisi epilettiche, emicrania, Alzheimer o altre forme di demenza, ecc. Sì No
 - i) **Malattie o problemi oncologici** quali, ad esempio: qualsiasi forma di cancro, leucemia, linfoma, tumore, lesioni cutanee, escrescenze, rigonfiamenti, cisti, polipi, nei, ecc. Sì No
 - j) **Disturbi psichiatrici o psicologici** quali, ad esempio: deficit di attenzione/iperattività, autismo, depressione, ansia, sindrome da fatica cronica, disturbi alimentari, disturbi ossessivo-compulsivi, fobie, problemi di alcol o droga, ecc. Sì No
 - k) **Malattie respiratorie o polmonari** quali, ad esempio: broncopneumopatia cronica ostruttiva, sarcoidosi, asma, bronchite, sinusite, respirazione corta, allergie, ecc. Sì No
 - l) **Malattie o disturbi urologici o agli organi riproduttivi** quali, ad esempio: problemi ai reni o alle vie urinarie, disfunzioni mestruali, problemi di fertilità, fibromi, endometriosi, problemi ai testicoli o alla prostata, ecc. Sì No
 - m) **Malattie o disturbi presenti alla nascita o prima della nascita**, quali ad esempio: iperplasia surrenale, fibrosi cistica, sindrome di Down, emofilia, malformazioni cardiache, morbo 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 della salute.
- n) **Qualsiasi altro tipo di lesione, patologia, disturbo o risultato di 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 assunto farmaci su prescrizione o da banco, o altri prodotti medicinali? Sì No
- p) Sta aspettando 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) Negli ultimi 10 anni, ha fatto esami diagnostici che hanno determinato la necessità di ricorrere ad ulteriori esami e procedure mediche per risultati più dettagliati quali, ad esempio: biopsia, colonoscopia, colposcopia, TAC, Pap-test, risonanza magnetica, mammografia, test dell'antigene prostatico specifico, ecocardiogramma, ecografia, etc. Sì No

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.

9 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 richiedente

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 I 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 in merito all'uso che facciamo dei suoi dati personali, ci contatti pure per e-mail all'indirizzo 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.

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 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 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 finanziarie.

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

 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

12 Preferenze di marketing

Il sottoscritto (titolare della polizza) e i familiari inclusi in questo modulo autorizzano Allianz Care 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 quelle elencate di seguito.

Nome del titolare della polizza	Nome del familiare n. 1	Nome del familiare n. 2	Nome del familiare n. 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>

13 Dati di pagamento

Non deve compilare questa sezione se sta richiedendo l'inclusione in un programma aziendale il cui premio viene 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"/>
Franco svizzero (CHF)	<input type="checkbox"/>
Dollaro statunitense	<input type="checkbox"/>

Può scegliere di pagare a mezzo addebito diretto solo se paga in Euro da un conto europeo.

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)	Non disponibile	Non disponibile	Non disponibile	<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: www.allianzcare.com/it/assicurazione-sanitaria/modulo-di-sottoscrizione-per-programmi-sanitari-internazionali.html

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

@ E-mail: underwriting@e.allianz.com

🏠 Posta: Allianz Care
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

 www.linkedin.com/company/allianz-care

 www.youtube.com/c/allianzcare

 www.instagram.com/allianzcare/

 x.com/AllianzCare

 www.tiktok.com/@allianzcare