



## Copertura assicurativa internazionale per malattie gravi

# MODULO DI RICHIESTA DI COPERTURA

**PER FAVORE, COMPILI IL PRESENTE MODULO IN STAMPATELLO SE NON LO STA COMPLETANDO IN FORMATO DIGITALE**

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

Se invece vuole entrare a far parte di una polizza di gruppo, per favore indichi:

Nome dell'azienda

Numero del contratto di gruppo

### Come compilare questo Modulo di Richiesta di Copertura

1. Deve compilare il Modulo di Richiesta di Copertura in ogni sua parte e comunicarci tutte le informazioni pertinenti per consentirci di valutare la sua richiesta. Dopo averci inviato la sua richiesta di copertura, esamineremo tutte le eventuali condizioni mediche e le risponderemo con la nostra decisione il più rapidamente possibile.
2. La sezione 7 deve essere firmata dal titolare della polizza. La sezione 11 deve essere firmata da tutti i richiedenti copertura maggiorenni. In linea con l'Informativa sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR), non potremo processare la sua richiesta di copertura se non in possesso di queste firme. Un genitore o tutore deve completare queste sezioni per tutti i richiedenti di età inferiore ai 18 anni. Le sezioni 8 e 9 devono essere firmate da tutti gli adulti facenti richiesta o dai genitori/tutori di un minore facente richiesta che desiderano nominare il titolare di polizza oppure un broker quale punto di contatto principale per questa polizza.

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 titolare di polizza (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 il richiedente (o i suoi familiari a carico, laddove sia il caso) vive per più di otto mesi all'anno.

## 1 DATI DEL RICHIEDENTE (ovvero 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 65 anni. Se la persona indicata come titolare di polizza per questa richiesta di copertura è un bambino, considereremo l'approvazione della copertura a partire da quando avrà almeno 90 giorni. Un genitore o un tutore legale deve completare e firmare tutte le sezioni di questo modulo se il richiedente è minorenne.

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)

### Informazioni su ogni attuale assicurazione sanitaria domestica o internazionale:

Nome della compagnia assicurativa

Numero di polizza  Data di inizio  GG /  MM /  AAAA

### Se il richiedente è un minore, un genitore o un tutore deve firmare in sua vece:

Nome e cognome del genitore/tutore

Indirizzo completo (se diverso da quello del richiedente copertura)

Numero di telefono  PREFISSO INTERNAZIONALE  PREFISSO DELLA CITTÀ

Indirizzo e-mail



## 5 CONDIZIONI MEDICHE PREESISTENTI

Le patologie preesistenti sono condizioni mediche per le quali uno o più sintomi si sono manifestati nei 10 anni precedenti la data di inizio della sua copertura. Ciò vale indipendentemente dal fatto che Lei oppure i suoi familiari a carico abbiate richiesto assistenza o cure mediche, e a prescindere dal fatto che una diagnosi sia stata formulata o meno. Riterremo tali condizioni preesistenti ogni volta che possiamo ragionevolmente presumere che Lei o i suoi familiari a carico ne foste a conoscenza.

Considereremo preesistenti anche le patologie che si manifestino nel periodo compreso tra la compilazione del Modulo di Richiesta di Copertura e la data successiva tra le seguenti:

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

Pertanto, è importante che nei periodi sopra indicati ci informi in caso di cambiamenti nel suo stato di salute e in quello dei suoi familiari a carico. In assenza di una pronta rivelazione di tali informazioni, la sua polizza potrebbe essere annullata a partire dalla data di entrata in vigore.

Prenderemo in considerazione qualsiasi patologia preesistente dichiarata e decideremo i termini di accettazione per i casi medici definiti nella Guida alle Prestazioni. Prenderemo in considerazione solo le condizioni mediche che si sono verificate durante i 10 anni prima della data di inizio della vostra copertura.

La preghiamo di fare riferimento alla Guida alle Prestazioni e all'Elenco delle Prestazioni per ulteriori dettagli in relazione alle condizioni mediche preesistenti.

La mancata divulgazione di ogni patologia preesistente potrebbe risultare nel rifiuto del pagamento delle sue richieste di rimborso oppure invalidare la vostra polizza dalla data di inizio.

## 6 DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE

Non è necessario rivelare condizioni mediche 'minori' quali, a titolo esemplificativo, febbre da fieno, sinusite, mal d'orecchi, indigestione, affaticamento muscolare, mal di gola, raffreddore comune, ecc. Consideriamo tali condizioni essere di natura non complicata, dal momento che possono essere auto-trattate, non richiedono la prescrizione di ulteriori esami diagnostici o trattamenti e ad esse segue normalmente una completa guarigione. Tutti i fatti clinici rilevanti (che potrebbero influenzare la valutazione di questa dichiarazione e l'accettazione della copertura da parte nostra) 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.

Il presente modulo rimane valido per due mesi dalla data in cui viene firmato.

Richiedente	Familiare n. 1	Familiare n. 2	Familiare n. 3
1. Il suo IMC (indice altezza/peso) è al di sopra di 35? Può trovare un calcolatore dell'IMC alla pagina: <a href="http://www.allianzcare.com/it/risorse/risorse-per-gli-assicurati.html">www.allianzcare.com/it/risorse/risorse-per-gli-assicurati.html</a>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Se nell'ultimo anno ha utilizzato tabacco di qualsiasi tipo, il consumo medio giornaliero è stato superiore a 40 sigarette? (1 sigaretta = 1 unità, 1 sigaro medio = 2 unità, tabacco da rollare da 1 grammo = 2 unità, tabacco da pipa 1 ciotola = 2,5 unità, sigarette elettroniche 10 mg di nicotina = 1 unità, se non ne consuma, selezioni "No")	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Se consuma alcol, la quantità settimanale di unità è superiore a 30? (1 bicchierino = 1 unità; 250 ml di birra = 1 unità; 1 bicchiere di vino = 1 unità. Se non ne consuma, selezioni "No")	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Negli ultimi 10 anni, una delle persona incluse in questa richiesta di copertura è stata ammalata, è stata ricoverata in ospedale, ha ricevuto una consulenza medica, ha avuto sintomi, si è sottoposta a test/esami o cure di qualsiasi tipo (compreso un intervento chirurgico) a causa di:			
a) Qualsiasi malattia o disturbo oncologico o precanceroso, quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo: a. Tumore benigno o maligno b. Leucemia c. Morbo di Hodgkin d. Linfoma, sarcoma o melanoma, carcinoma basocellulare e. Striscio cervicale anormale (CIN 3 o superiore) o mammografia (BIRAD 3 o superiore) f. Leucoplachia g. Naevus displastico h. Presenza di polipi nel colon, nell'intestino tenue, nella cistifellea e / o nello stomaco i. Marcatori tumorali elevati (ad esempio, livello di PSA nel sangue pari a 4,0 ng/mL o superiore)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b) Qualsiasi trapianto di organo o malattia ad un organo allo stadio terminale quale, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: a. Stenosi dell'arteria renale b. Dialisi c. Trapianto di midollo osseo d. Cirrosi epatica, insufficienza epatica cronica o fibrosi epatica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

	Richiedente	Familiare n. 1	Familiare n. 2	Familiare n. 3
c) Qualsiasi malattia o disturbo cardiaco, quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo: a. Angina Pectoris b. Cardiomiopatia c. Ritmi cardiaci anormali o aritmia d. Cardiopatia ischemica e. Malattia coronarica o anomalie delle valvole cardiache f. Diabete mellito (escluso il diabete gestazionale), ridotta tolleranza al glucosio g. Ipertensione non controllata o ipercolesterolemia non controllata	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
d) Qualsiasi malattia o disturbo autoimmune, quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo: a. Ipertiroidismo b. Sindrome di Sjögren c. Artrite reumatoide d. Lupus eritematoso sistemico e. Sindrome di Guillain Barre f. Vasculite/malattia di Kawasaki g. Malattia infiammatoria intestinale (Crohn, Colite Ulcerosa) h. Polineuropatia demielinizzante infiammatoria cronica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
e) Qualsiasi malattia o disturbo ematologico, quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo: a. Anemia grave/aplastica/perniciosa b. Alphasthalassemia c. Porpora trombocitopenica idiopatica d. Malattia di Von Willebrand e. Sindrome mielodisplasica f. Anemia falciforme	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
f) Qualsiasi malattia o disturbo infettivo o virale, quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo: a. Epatite B cronica b. Epatite C c. HIV/AIDS d. Meningite	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
g) Qualsiasi malattia o disturbo neurologico, quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo: a. Demenza b. Sclerosi multipla c. Epilessia d. Parkinson e. Alzheimer f. Convulsioni g. Paraplegia h. Paralisi cerebrale o altre anomalie neurologiche dello sviluppo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
h) Qualsiasi malattia o disturbo neurologico, quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo: a. Disturbo polmonare ostruttivo cronico b. Malattia polmonare interstiziale c. Fibrosi cistica, sarcoidosi d. Ipertensione polmonare e. Enfisema	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
i) Qualsiasi malattia o disturbo vascolare o circolatorio, quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo: a. Ictus b. Malattia delle arterie periferiche (PAD) c. Aneurisma dell'aorta addominale (AAA) d. Malattia dell'arteria carotide (CAD) e. Malformazione artero-venosa (AVM) f. Ischemia che minaccia gli arti critici (CLTI) g. Embolia polmonare (coaguli di sangue) h. Trombosi venosa profonda (TVP) i. Insufficienza venosa cronica j. Tumori cerebrali o aneurismi dell'arteria cerebrale k. Aterosclerosi l. Attacco ischemico transitorio (TIA) Emorragia cerebrale (sanguinamento) m. Stenosi carotidea n. Vasi sanguigni anormali nel neurocranio o nel midollo spinale	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			



## 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. Il sottoscritto dichiara inoltre che non ha travisato, mancato di menzionare o falsato alcun 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, laddove sia il caso) nel periodo che intercorre 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 assicurativa sanitaria. Acconsento a che Allianz Care, se lo considera opportuno, verifichi le mie dichiarazioni in merito alla mia storia clinica e a che contatti altre compagnie assicurative per verificare tutte le mie dichiarazioni relative ad altri contratti precedenti o ancora in vigore.
- Fatte salve le restrizioni legali, Allianz Care (o i suoi consulenti medici, rappresentanti designati o esperti di terze parti in caso di controversie) possono richiedere informazioni mediche sulla mia persona a professionisti del settore medico. In tali circostanze autorizzo i miei medici, specialisti, dentisti ed i dipendenti delle installazioni sanitarie presso cui ricevo cure mediche 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 che:
  - Ho letto ed integralmente compreso le definizioni, le prestazioni, le esclusioni e le condizioni della polizza, inclusi i dettagli relativi alle patologie preesistenti ed ai periodi di carenza.
  - Ho ricevuto, letto e compreso il Documento Informativo sul Prodotto Assicurativo ed accetto i Termini e le Condizioni della polizza come qui riassunti ed ulteriormente spiegati nella mia Guida alle Prestazioni.
  - Sulla base delle informazioni fornite in questi documenti e delle selezioni del programma che ho effettuato, ritengo che il prodotto selezionato sia 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 quindi 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. Se, in caso di errori o di divergenza dalle informazioni incluse nel presente modulo, non ne richiedo la modifica entro 30 giorni dal rilascio del Certificato di Assicurazione, l'offerta di copertura verrà considerata da me approvata;
  - la mia copertura sarà soggetta ai Termini ed alle Condizioni standard in vigore alla data di inizio della copertura e contenuti nella Guida alle Prestazioni;
  - la copertura fornita da Avenue non è sostitutiva della copertura assicurativa sanitaria obbligatoria necessaria in determinati Paesi. La copertura in alcuni Paesi potrebbe essere soggetta ad obbligazioni legali locali per quanto riguarda l'assicurazione medica ed è mia responsabilità accertarmi che la mia copertura sanitaria sia idonea a fini di legge;
  - la copertura sanitaria offerta da Allianz Care potrebbe non essere idonea se io o i miei familiari a carico cambiamo Paese di residenza dopo l'inizio della nostra copertura;
  - sia mia la responsabilità di accertare che io non sia soggetto ad obbligazioni legali locali per quanto riguarda l'assicurazione medica e di verificare che la copertura offerta dalla mia assicurazione sia legalmente appropriata ed idonea nel mio Paese di residenza.

**In qualità di richiedente (o di genitore/tutore legale di un richiedente minorenne), firmo ed appongo una data a questo modulo per e 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 della polizza come principale punto di contatto.**

Per aiutarci ad amministrare la polizza, è possibile nominare il titolare della polizza come contatto principale dell'assicurazione. Per farlo firmi a seguire.

Autorizzo \_\_\_\_\_

NOME DEL TITOLARE DELLA POLIZZA

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 1° familiare a carico \_\_\_\_\_

 Firma del 2° familiare a carico \_\_\_\_\_

 Firma del 3° familiare a carico \_\_\_\_\_

## 9 NOMINA DEL BROKER

Questa sezione deve essere completata dal richiedente e dai suoi familiari a carico o dai genitori/tutori dei richiedenti minorenni che desiderano nominare un broker come punto di contatto principale.

Autorizzo \_\_\_\_\_

NOME DEL 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

Se il richiedente o uno dei familiari a carico è un minore, un genitore o un tutore deve firmare in sua vece:

Nome e cognome del genitore/tutore \_\_\_\_\_

Data di nascita G G / M M / A A A A

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Confermo di essere il genitore o il tutore legale dei minori sopra elencati (ovvero il richiedente e/o familiari a carico di età inferiore ai 18 anni). Ho il pieno diritto di autorizzare la divulgazione dei loro dati medici e personali, ai fini dell'amministrazione della loro copertura assicurativa, all'intermediario assicurativo sopra menzionato. Se cambio idea riguardo tale consenso, incluso se decido di ritirarlo, posso comunicarlo ad Allianz Care tramite e-mail all'indirizzo: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Tale consenso sarà valido per tutta la durata della polizza, fino al compimento del 18° anno di età del minore. In qualsiasi momento da quel momento in poi l'assicurato avrà il diritto di modificare o revocare tale consenso.



Firma del genitore/tutore legale \_\_\_\_\_

Data 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, visiti la pagina: [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 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 per il trattamento dei suoi dati personali come descritto a seguire, 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, concordiamo con quanto segue:

Nome del richiedente	Nome del familiare a carico 1	Nome del familiare a carico 2	Nome del familiare a carico 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 con il Codice dei Consumatori applicabile per legge a questa polizza assicurativa o con 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 ed 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 le istituzioni elencate di seguito. Esse 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 ed utilizzare per gli scopi precedentemente descritti:
  - Con consulenti sanitari indipendenti, qualora ciò sia necessario per valutare i rischi assicurativi ed i pagamenti delle prestazioni a me o alle parti terze che offrono servizi o trattamenti in base alla mia polizza assicurativa.
  - Con compagnie fornitrici di servizi esterne al Gruppo Allianz e che offrono determinati servizi per conto di Allianz Care, ad esempio valutazioni del rischio ed evasione delle richieste di rimborso, quando:

- questi servizi richiedono la raccolta e l'uso dei miei dati sanitari e di altro tipo e
- senza tali dati Allianz Care non potrebbe gestire la mia polizza o rimborsare le mie spese mediche.
- Con compagnie co-assicuratrici, per ripartire la copertura del rischio assicurativo con altre società che partecipano alla polizza emessa da Allianz Care e per evadere congiuntamente le richieste di rimborso.
- Con altre compagnie assicurative o ri-assicurative, che possono coprire lo stesso rischio assicurativo per lo stesso 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 in questo modulo 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](mailto: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 a carico 1	Nome del familiare a carico 2	Nome del familiare a carico 3

Informazioni che Allianz Care invia a proposito dei propri prodotti e servizi, tra cui aggiornamenti a proposito delle ultime promozioni e dei nuovi prodotti o servizi.

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

Informazioni mandate da altre compagnie facenti parte del Gruppo Allianz sui 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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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"/>
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 è necessario compilare questa sezione se si sta richiedendo l'inclusione in una polizza di gruppo il cui premio viene pagato dall'azienda contraente.**

La preghiamo di non effettuare alcun pagamento finché non le viene comunicato il suo numero di polizza. Il suo premio sarà annuale durante l'intera durata della sua copertura.

### Valuta di pagamento

Barri la casella  appropriata per indicare la valuta in cui preferisce effettuare il pagamento del premio:

Euro	<input checked="" 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 (GBP) o Franchi svizzeri (CHF), ma non se sceglie di pagare in Dollari statunitensi (USD).

### Metodo di pagamento

Barri la casella  appropriata per indicare il metodo in cui preferisce effettuare il pagamento del premio:

Addebito diretto* (in riferimento a pagamenti in euro, sterline inglesi e franchi svizzeri)	<input checked="" type="checkbox"/>
Carta di credito	<input type="checkbox"/>
Assegno	<input type="checkbox"/>
Bonifico	<input type="checkbox"/>

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](http://www.allianzcare.com/it/assicurazione-sanitaria/modulo-di-sottoscrizione-per-programmi-sanitari-internazionali.html)

## Per favore, invii il presente modulo debitamente compilato tramite:

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

Per qualsiasi domanda in merito al presente modulo o al processo di richiesta di copertura, contatti l'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)

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, 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 PAGAMENTO

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

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

Nome del titolare della carta di pagamento

Numero della carta di pagamento  Data di scadenza  /  /  /

Codice CVV\*

\* VISA, MasterCard, Discover e 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 informatizzati i dati della sua carta di pagamento nel nostro sistema, questa pagina verrà separata dal resto del modulo e distrutta.

### Autorizzazione al prelievo su carta di pagamento

Autorizzo Allianz Care a riscuotere dal conto della mia carta di pagamento il premio relativo alla mia polizza Avenue. 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 pagamento finché tale istruzione non venga 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 pagamento  Data  /  /  /