



Piano sanitario globale

Sottoscritto da AXA PPP healthcare Limited.

Modulo di richiesta individuale

Leaver aziendale

■ Se si compila il modulo a mano, utilizzare INCHIOSTRO NERO e scrivere in STAMPATELLO MAIUSCOLO

**■ Per accelerare l'elaborazione della richiesta,
specificare il numero di preventivo, se pertinente**
Tale informazione è riportata nel documento di preventivo

P

**■ Se si è già stati assicurati con una polizza AXA,
specificare il proprio codice socio o codice
cliente precedente**

Tale informazione è riportata nella tessera di sottoscrizione.

Tali informazioni verranno utilizzate per esaminare eventuali richieste di rimborso presentate precedentemente e non dichiarate come parte della presente richiesta. Non è necessario fornire queste informazioni per poter procedere con la presente richiesta.

1 Informazioni sulla polizza

Per informazioni complete sui vari tipi di copertura disponibili, le estensioni facoltative che è possibile includere e le franchigie, visitare il sito axaglobalhealthcare.com o rivolgersi al proprio Broker.

1.1 Da quale data si desidera iniziare la copertura?

Se si desidera che la polizza abbia decorrenza immediata, è possibile retrodatarla, purché la data di inizio che si preferisce ricada entro le 3 settimane antecedenti la data di ricezione della richiesta da parte nostra.

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

1.2 Quale tipo di copertura si richiede?

i Scegliere un solo tipo di copertura e selezionare le eventuali opzioni aggiuntive da includere.

Sono disponibili vari tipi di estensioni facoltative, a seconda del tipo di copertura, che verranno applicati a tutti i familiari coperti dalla presente polizza.

- Prestige Plus**
 Prestige Copertura dentistica
 Comprehensive Copertura dentistica Assicurazione viaggio
 Standard Trattamento ambulatoriale Assicurazione viaggio
 Foundation Trattamento ambulatoriale

1.3 La polizza deve coprire anche eventuali cure negli Stati Uniti?

No Sì

1.4 In quale valuta si desidera pagare il premio?

i Scegliere una sola valuta

£ (sterlina) \$ (dollaro statunitense) € (euro)

1.5 Quale franchigia si desidera applicare?

i Scegliere una sola franchigia

La franchigia verrà applicata nella stessa valuta selezionata per il pagamento dei premi, alla domanda 1.4

Nessuna franchigia

<input type="checkbox"/> Livello 1	£100	\$160	€125
<input type="checkbox"/> Livello 2	£250	\$400	€320
<input type="checkbox"/> Livello 3	£500	\$800	€640
<input type="checkbox"/> Livello 4	£1.000	\$1.600	€1.275
<input type="checkbox"/> Livello 5	£2.000	\$3.200	€2.550

Le seguenti franchigie sono disponibili solo qualora si sia selezionato il piano Standard senza l'opzione aggiuntiva Trattamento ambulatoriale:

<input type="checkbox"/> Livello 6	£5.000	\$8.000	€6.375
<input type="checkbox"/> Livello 7	£10.000	\$16.000	€12.750

Note in merito alla compilazione della richiesta

Per semplificare al massimo la compilazione della richiesta di assicurazione sanitaria, leggere le seguenti note prima di iniziare. Per qualsiasi domanda, è possibile contattare il proprio Intermediario o chiamare il nostro servizio di supporto telefonico al numero **+44 (0) 1892 508 800** per ottenere assistenza. Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì, dalle 8.00 alle 17.00 (fuso orario del Regno Unito).

Si prega di prendere visione dei seguenti punti prima di iniziare a compilare il modulo

La presente polizza aziendale verrà sottoscritta da AXA PPP healthcare Limited ("AXA PPP"). AXA Global Healthcare (UK) Limited agisce per conto di AXA PPP healthcare Limited ai fini dell'accettazione e della gestione della presente polizza.

- ✗ Non utilizzare questo modulo** in caso di trasferimento della polizza da un altro assicuratore, trasferimento da o upgrade di una polizza individuale esistente sottoscritta da noi, o se si è fatta richiesta di clausola moratoria per la propria polizza.
- Rispondere in modo accurato e completo a tutte le domande per tutte le persone che dovranno essere coperte dal presente piano, al fine di evitare ritardi nell'elaborazione della richiesta.
 - Se si forniscono risposte non accurate o non veritieri, le richieste di rimborso verranno probabilmente rifiutate e la polizza potrebbe essere annullata.
 - La persona indicata nella sezione **2 informazioni sul Titolare della polizza** sarà il Titolare e il proprietario legale della polizza. Se questa polizza è solo per un bambino o dei bambini, la persona indicata nella sezione **2 Informazioni sul Titolare della polizza** non avrà diritto a copertura in base a questa polizza.
 - Assicurarsi di essere autorizzati a comunicarci tutti i dati medici relativi a tutti i familiari che si desidera aggiungere alla polizza.
 - In molti paesi i residenti, inclusi gli espatriati, sono tenuti a richiedere la copertura sanitaria a un fornitore locale o a sottoscrivere un piano di copertura che soddisfi determinati requisiti obbligatori. Questa copertura potrebbe non soddisfare i requisiti specifici di tali paesi, imponendo il ricorso a una copertura aggiuntiva. In alcuni casi, un residente che non dispone della copertura locale obbligatoria, in aggiunta alla polizza di assicurazione sanitaria internazionale, potrebbe subire sanzioni fiscali o di altro tipo. Per eventuali dubbi relativamente ai requisiti di copertura obbligatoria nel proprio paese di residenza principale (specificato nella sezione **2 Informazioni sul Titolare della polizza**), rivolgersi alle autorità locali per determinare se è necessario soddisfare ulteriori requisiti di assistenza sanitaria.

Si prega di prendere visione dei seguenti punti prima di iniziare a compilare il modulo

- Se si compila il modulo a mano, utilizzare **INCHIOSTRO NERO** e scrivere in **STAMPATELLO MAIUSCOLO**.
- Se si compila il modulo in formato digitale, al termine della compilazione stamparlo e firmare la sezione **6 Dichiarazione** prima di restituirlo.
- Se si richiede all'intermediario di compilare il modulo per proprio conto, utilizzando le informazioni fornite, leggere attentamente tutte le domande e le risposte prima di apporre la propria firma in calce alla sezione **6 Dichiarazione**. L'Intermediario agisce per conto dell'assicurato in tal senso.
- Qualora fosse necessario ulteriore spazio, utilizzare la sezione **5 Informazioni aggiuntive**.

Per compilare il presente modulo occorrono

- Dettagli di pagamento.

Dopo la compilazione della richiesta

- Controllare attentamente le informazioni fornite e assicurarsi di aver firmato e datato la sezione **6 Dichiarazione**.
- Le richieste compilate possono essere inviate per e-mail all'indirizzo intsales@axa.com. Poiché tuttavia non è possibile accettare le firme digitali, è necessario stampare, firmare e digitalizzare la sezione **6 Dichiarazione**.
- Restituire il modulo compilato all'indirizzo AXA Global Healthcare (UK) Limited, Forest Road, Tunbridge Wells, Kent, TN2 5FE, UK.
- Consigliamo di tenere traccia di tutte le informazioni fornite in relazione alla presente richiesta, inclusa l'eventuale corrispondenza. Per ottenere una copia della presente richiesta, occorre specificarlo entro tre mesi.

Definizioni di parole e frasi

Alcune delle parole e frasi che utilizziamo in questo modulo hanno un significato specifico, ad esempio quando parliamo di trattamento.

"Contraente" quando utilizziamo "contraente", intendiamo il Titolare della polizza e tutti i familiari coperti dalla polizza.

"Noi", "nostro" e le relative declinazioni – intendiamo AXA Global Healthcare (UK) Limited, che agisce per conto di AXA PPP healthcare Limited.

2 Informazioni sul titolare della polizza

Ricordare di usare **INCHIOSTRO NERO** e scrivere in **STAMPATELLO MAIUSCOLO**

2.1 Nome completo e titolo

Assicurarsi di specificare tutti i secondi nomi.

Sig. Sig.ra Sig.na Sig.ra/Sig.na

Altro – Specificare

Nomi di battesimo e secondi nomi completi

Cognome

2.2 Sesso

Maschio Femmina

2.3 Data di nascita

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

2.4 Nazionalità

2.5 Qual è il paese di residenza principale del Titolare della polizza?

È il paese in cui tutti i familiari coperti trascorreranno la maggior parte dell'anno a partire dalla data di decorrenza della polizza.

2.6 Professione

2.7 Indirizzo postale

I documenti della polizza verranno inviati a questo indirizzo.
Specificare l'indirizzo completo di codice postale e paese (ove applicabile).

.....

Codice postale

.....

Paese

2.8 Recapiti

Includere il paese e i prefissi (ove applicabile).

Telefono (mattina)

Telefono (pomeriggio)

E-mail

3 Altri familiari da coprire

3.1 I bambini devono vivere allo stesso indirizzo del titolare della polizza per essere inclusi in questo piano.

Se questo piano è solo per uno o più bambini e non include il contraente, spuntare questa casella.

Nota: Spuntando questa casella, il contraente conferma che non avrà diritto a copertura in base a questa polizza.

3.2 Si desidera aggiungere i propri familiari alla polizza?

I familiari possono includere:

- Il coniuge/partner del titolare della polizza
- I figli del titolare della polizza

No ► Passare alla sezione 4 Anamnesi medica riservata

Sì Specificare di seguito i dettagli relativi a tutti i familiari.

Se è necessario aggiungere più di quattro familiari, utilizzare la sezione 6 Informazioni aggiuntive

3.3 Familiari da coprire

i Tutti i familiari coperti dalla presente polizza devono avere lo stesso paese di residenza principale e lo stesso indirizzo di residenza.

Se il Familiare frequenta ancora la scuola o l'università, specificare la professione "Studente".

Familiare 1

Nome completo e titolo

Relazione con il titolare della polizza

Sesso

Maschio Femmina

Data di nascita

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Nazionalità

Paese di residenza principale

Professione

Familiare 2

Nome completo e titolo

Relazione con il titolare della polizza

Sesso

Maschio Femmina

Data di nascita

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Nazionalità

Paese di residenza principale

Professione

Familiare 3

Nome completo e titolo

Relazione con il titolare della polizza

Sesso

Maschio Femmina

Data di nascita

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Nazionalità

Paese di residenza principale

Professione

Familiare 4

Nome completo e titolo

Relazione con il titolare della polizza

Sesso

Maschio Femmina

Data di nascita

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Nazionalità

Paese di residenza principale

Professione

4 Anamnesi medica riservata

È necessario fare tutto il possibile per fornire risposte accurate e complete a tutte le domande.

Se le informazioni fornite risultano inaccurate o incomplete, a seconda del caso potremmo adottare una o più delle misure seguenti:

- Annullo della polizza
- Invalidazione completa della polizza (la polizza viene trattata come se non fosse mai esistita)
- Modifica delle condizioni della polizza;
- Rifiuto completo o parziale di qualsiasi richiesta di rimborso o riduzione dell'importo pagato a fronte delle richieste di rimborso.

AXA Global Healthcare potrebbe richiedere informazioni e/o documentazione aggiuntiva per verificare che le informazioni fornite al momento della sottoscrizione, della modifica o del rinnovo della polizza siano accurate e complete.

Non verrà effettuata alcuna ricerca e non verranno contattate altre persone per verificare le risposte alle domande sul presente modulo di proposta, né per verificare le informazioni fornite contestualmente alle risposte. Il contraente è responsabile per la compilazione del modulo di proposta e per la verifica dell'accuratezza e della completezza di tutte le informazioni riportate. Il contraente è tenuto a comunicare per iscritto ad AXA Global Healthcare eventuali modifiche delle informazioni fornite, prima della data di inizio della nuova polizza.

Nota: con il termine "trattamento" si intendono i servizi medici o chirurgici (inclusi i farmaci) necessari per diagnosticare, alleviare o curare un disturbo, una malattia o una lesione.

4.1 Il contraente o qualsiasi altra persona inclusa nella presente domanda, è stata sottoposta a un trattamento ospedaliero o ha consultato un medico abilitato negli ultimi 12 mesi?

Nelle risposte, si prega di includere:

- Nome dell'assicurato
- Sintomi/malattia/diagnosi
- Parte del corpo interessata (ad esempio, gamba destra, occhio sinistro)
- Data dei primi sintomi, frequenza e gravità dei sintomi, data degli ultimi sintomi
- Informazioni dettagliate su farmaci utilizzati e trattamenti ricevuti attualmente o in passato
- Stato di salute attuale (ad esempio guarito/in corso di guarigione)

No ► Passare alla domanda 4.2

Sì Specificare i dettagli di seguito

Qualora fosse necessario ulteriore spazio, ► utilizzare la sezione **6 Informazioni aggiuntive**

4.2 Il contraente, o qualsiasi altra persona inclusa nella presente richiesta, ha in programma o è in attesa di eventuali trattamenti, consulti, indagini o test diagnostici? (compresi i farmaci prescritti)

Nelle risposte, si prega di includere:

- Nome dell'assicurato
- Sintomi/malattia/diagnosi
- Parte del corpo interessata (ad esempio, gamba destra, occhio sinistro)
- Data dei primi sintomi, frequenza e gravità dei sintomi, data degli ultimi sintomi
- Informazioni dettagliate su farmaci utilizzati e trattamenti ricevuti attualmente o in passato
- Stato di salute attuale (ad esempio guarito/in corso di guarigione)

No ► Passare alla domanda 4.4

Sì Specificare i dettagli di seguito, poi passare alla domanda 4.3

Qualora fosse necessario ulteriore spazio, ► utilizzare la sezione **6 Informazioni aggiuntive**

4 Anamnesi medica riservata (continua)

4.3 Il contraente, o qualsiasi altra persona coperta dalla presente polizza, ha necessità di essere ricoverato in ospedale per una notte per trattamenti pianificati o in sospeso?

- No** ► Passare alla domanda 4.4
 Sì Specificare i dettagli di seguito

Qualora fosse necessario ulteriore spazio, ► utilizzare la sezione 6 **Informazioni aggiuntive**

4.4 Negli ultimi cinque anni, qualsiasi altra persona da assicurare nell'ambito della presente polizza, ha manifestato, o è stata sottoposta a un trattamento per qualsiasi forma di malattia o problema cardiaci, ictus, diabete, cancro, malattie mentali, inclusa la depressione, che abbia richiesto l'intervento di uno psichiatra?

Nelle risposte, si prega di includere:

- Nome dell'assicurato
- Sintomi/malattia/diagnosi
- Parte del corpo interessata (ad esempio, gamba destra, occhio sinistro).
- Data dei primi sintomi, frequenza e gravità dei sintomi, data degli ultimi sintomi
- Informazioni dettagliate su farmaci utilizzati e trattamenti ricevuti attualmente o in passato
- Stato di salute attuale (ad esempio guarito/in corso di guarigione)

- No** ► Passare alla sezione 5 **Opzioni di pagamento**
 Sì Specificare i dettagli di seguito

Qualora fosse necessario ulteriore spazio, ► utilizzare la sezione 6 **Informazioni aggiuntive**

5 Opzioni di pagamento

5.1 Come si desidera pagare i premi assicurativi?

i Selezionare una sola casella.

In caso di pagamento annuale, verrà applicato uno sconto del 5% sui premi.

Il pagamento tramite RID è consentito solo per i conti bancari in sterline inglesi (£) con un Sort Code valido nel Regno Unito.

Tramite RID

- Annuale
- Trimestrale
- Mensile

► Compilare la sezione **DD Istruzioni per il pagamento tramite RID** nella pagina successiva.

Tramite carta di credito/carta di debito

- Annuale
- Trimestrale
- Mensile

► Per effettuare il pagamento tramite carta di credito o di debito chiamare al numero **+44 (0) 1892 556274** e selezionare l'**opzione 4**. Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì, dalle 8.00 alle 18.00 e il sabato dalle 9.00 alle 17.00 (fuso orario del Regno Unito).

Tramite assegno

- Annuale
- Trimestrale

► Compilare la sezione **7 Dichiarazione**.

Tramite bonifico bancario

- Annuale
- Trimestrale

► Compilare la sezione **7 Dichiarazione**.

5 Opzioni di pagamento (continua)

Istruzioni per il pagamento tramite RID da parte della banca o dell'istituto di credito immobiliare



Compilare il modulo in tutte le sue parti (incluso il riquadro riservato al funzionario, se appropriato) e inviare a:

**AXA - Global Healthcare,
Phillips House, Crescent Road,
Tunbridge Wells, Kent TN1 2PL.**

Nomi dei titolari dei conti:

Numero di conto bancario/istituto di credito immobiliare:

--	--	--	--	--	--	--	--

Sort Code della filiale:

		-			-		
--	--	---	--	--	---	--	--

Nome e indirizzo postale completo della banca o dell'istituto di credito immobiliare

Al responsabile:	Banca/istituto di credito immobiliare
Indirizzo:	
Codice postale:	

Referenze: (N. polizza AXA)

--

Le banche e gli istituti di credito immobiliare non possono accettare ordini di pagamento tramite RID per alcuni tipi di conto

Numero utente del servizio:

4	5	0	2	8	7
---	---	---	---	---	---

Questo riquadro non fa parte delle istruzioni per la banca o l'istituto di credito immobiliare.

Compilare questo riquadro se si paga per conto del Titolare della polizza.

Nome e indirizzo del Titolare del conto:

N. di telefono:

Nome del Titolare della polizza:

Istruzioni per la banca o l'istituto di credito immobiliare

Si prega di pagare i RID a favore di AXA Global Healthcare (UK) Ltd dal conto indicato nelle presenti istruzioni, subordinatamente alle tutele assicurate dalla garanzia sul RID. Ho compreso che le presenti istruzioni rimarranno negli archivi di AXA - Global Healthcare che provvederà a trasmetterne i dettagli alla mia banca/istituto di credito immobiliare

Firma:

X
X

Data:

	G	G	M	M	A	A	A	A
--	---	---	---	---	---	---	---	---

La presente garanzia deve essere staccata e conservata dal pagatore.

Garanzia sul RID



- La presente Garanzia viene offerta da tutte le banche e istituti di credito immobiliare che accettano ordini di pagamento tramite RID.
- In caso di modifiche dell'importo, della data o della frequenza del Suo RID
- AXA Global Healthcare (UK) Limited provvederà a darne comunicazione 5 giorni lavorativi prima dell'addebito sul conto, o come previsto da eventuali altri accordi. Se si richiede ad AXA Global Healthcare (UK) Limited di incassare un pagamento, si riceverà una conferma dell'importo e della data al momento della richiesta.
- In caso di errore nel pagamento di un RID da parte di AXA Global Healthcare (UK) Limited, il contraente ha diritto a ricevere dalla banca o dall'istituto di credito immobiliare un rimborso immediato e completo dell'importo pagato dalla banca o dall'istituto di credito.
- Se si riceve un rimborso a cui non si ha diritto, è necessario rimborsarlo quando AXA Global Healthcare (UK) Limited chiede di farlo.
- È possibile annullare un RID in qualunque momento, semplicemente contattando la propria banca o il proprio istituto di credito immobiliare. Potrebbe essere richiesta una conferma scritta. Si prega di inviare una notifica anche ad AXA.

6 Informazioni aggiuntive

Utilizzare questa sezione qualora fosse necessario spazio aggiuntivo per rispondere alle domande.

Se non è necessario altro spazio ► passare alla sezione **7 Dichiarazione**.

Nelle risposte, si prega di includere:

- Numero della domanda
- Nome dell'assicurato

7 Dichiarazione

Leggere attentamente l'Avviso sulla protezione dei dati e le dichiarazioni seguenti, quindi apporre la propria firma in calce solo se si comprendono e si accettano le condizioni illustrate.

Avviso sulla protezione dei dati

i Prima di firmare e restituire il presente modulo, mostrare la dichiarazione a lato a tutte le persone di età superiore ai 16 anni che si desidera coprire tramite il piano o informarle in merito al contenuto.

i Con la firma e la restituzione del presente modulo, il contraente dichiara implicitamente di essere autorizzato a fornire il consenso per conto di tutti i familiari coperti e rilascia, a nome proprio e dei familiari, il consenso a utilizzare i dati personali secondo le modalità descritte nella sezione Avviso sulla protezione dei dati qui a fianco.

Informazioni personali del Titolare della polizza

La presente polizza è sottoscritta da AXA PPP healthcare Limited e amministrata da AXA Global Healthcare (UK) Limited (congiuntamente AXA). Questo è un riassunto delle nostre rispettive informative sulla privacy disponibili sui nostri siti web: axaglobalhealthcare.com/en/about-us/privacy-and-legal and axapphealthcare.co.uk/privacy-policy.

Assicurarsi che tutti coloro che rientrano in questa polizza leggano questo riassunto e le informative complete sulla privacy dei dati sui nostri siti web, axapphealthcare.co.uk/privacy-policy e axaglobalhealthcare.com/en/about-us/privacy-and-legal. Per richiedere una copia dell'informativa, è possibile contattarci al numero +44 (0) 1892 503 856 e la invieremo.

AXA non cederà dietro compenso alcuna informazione personale sugli assicurati a terze parti. Utilizzeremo i dati personali unicamente in conformità alle modalità previste dalla legge, ossia per ottenere informazioni solo nella misura necessaria.

Richiederemo il consenso della persona interessata qualora fosse necessario ottenere informazioni mediche.

Raccoglieremo le informazioni relative al Titolare della polizza e ai familiari assicurati nella presente polizza dagli assicurati stessi, dai fornitori di assistenza sanitaria, dal datore di lavoro (se si è presenti in uno schema aziendale), dal broker assicurativo, se presente, e da fornitori terzi di informazioni.

Utilizzeremo tali informazioni principalmente per l'amministrazione della polizza, delle richieste di rimborso e per indagini antifrode. Ci è richiesto per legge di segnalare presunti reati agli organismi di legge competenti. Le informazioni raccolte ci permettono inoltre, ad esempio, di effettuare analisi statistiche per prendere decisioni in merito ai premi da applicare a fini di marketing.

Potremmo divulgare le informazioni in nostro possesso ad altre persone o organizzazioni per:

- gestire le richieste di rimborso, ad esempio contattando i medici;
- facilitare la fornitura di benefici o altri strumenti per gestire la vostra polizza;
- prevenire ed identificare reati e negligenza medica, effettuando le dovute segnalazioni agli organismi competenti;
- consentire ad altre società AXA di contattare il contraente se ha dato il proprio consenso.

Allo scopo di gestire la polizza, potremmo dover accedere alle informazioni personali fornite da altri Paesi, tra cui India e Stati Uniti – in cui viene svolta parte dell'amministrazione – e Svizzera, dove si trova un centro Europeo AXA per la gestione dei dati. Sarà nostra cura assicurarci che i dati siano protetti e divulgati solo a soggetti autorizzati, unicamente allo scopo di gestire la polizza o le richieste di rimborso. Qualsiasi trasferimento interno dei dati verrà effettuato solo in conformità alle leggi e ai regolamenti sulla protezione dei dati.

Gli assicurati potranno revocare il consenso all'utilizzo delle informazioni personali su cui si basa l'utilizzo delle informazioni da parte di AXA, ma – in tal modo – potremmo non essere in grado di gestire correttamente l'amministrazione della polizza o le richieste di rimborso.

Sarà nostra cura informare il Titolare della polizza qualora dovesse verificarsi una violazione dei dati e le informazioni personali e mediche dovessero essere divulgate a terze parti non autorizzate. La notifica avverrà entro 72 ore dalla conferma dell'incidente.

In alcuni casi sarà possibile richiederci di non utilizzare i dati forniti o di non ricevere determinate informazioni, ad esempio comunicazioni di marketing. Sarà inoltre possibile richiedere copia delle informazioni in nostro possesso e rettificare eventuali dati errati.

Se si desidera chiedere di esercitare uno dei propri diritti, chiamare il +44 (0) 1892 503 856 o inviare una richiesta scritta.

Dichiarazione

- a) La presente polizza è sottoscritta da AXA PPP healthcare Limited e amministrata da AXA Global Healthcare (UK) Limited. Io sottoscritto dichiaro che:
- In base alle informazioni in mio possesso, ritengo che le dichiarazioni riportate nella presente richiesta siano complete, corrette e veritieri.
 - Mi impegno a leggere il manuale della polizza appena lo riceverò e accetto di essere vincolato dalle condizioni ivi esposte, a meno che non decida di annullare la sottoscrizione entro 14 giorni dall'accettazione della mia richiesta. Riconosco che l'accettazione della presente richiesta è basata sulle dichiarazioni di cui sopra.
 - c) Ho compreso che, se le informazioni fornite dovessero subire una variazione prima della data di decorrenza della polizza, sono tenuto a informare immediatamente AXA per iscritto.
 - d) Ho compreso che, dopo la data di decorrenza della polizza, AXA Global Healthcare non intende sostenere i costi del trattamento per qualsiasi condizione medica manifestata dalle persone coperte prima della data di sottoscrizione, a meno che tale condizione (o una condizione correlata) non sia stata interamente descritta nella presente richiesta e accettata da AXA Global Healthcare. Sono inclusi tutti i sintomi o le condizioni mediche di questo tipo, trattate o meno, e tutte le condizioni mediche precedenti ricorrenti o di cui il sottoscrittore avrebbe dovuto essere ragionevolmente a conoscenza anche senza consultare un medico.
 - e) Ho compreso che, in quanto Titolare legale della presente polizza assicurativa, mi verrà inviata tutta la corrispondenza relativa alla presente richiesta, inclusa quella correlata alle richieste di rimborso, a meno che non abbia specificato diversamente tramite un'apposita richiesta scritta. Ho inoltre compreso che i documenti della polizza, le comunicazioni scritte e i dettagli della sottoscrizione verranno forniti in lingua inglese, a meno io non abbia espressamente richiesto una lingua diversa, tramite un'apposita richiesta scritta.
 - f) Riconosco che in alcuni Paesi i residenti, inclusi gli espatriati, sono tenuti a richiedere la copertura sanitaria a un fornitore locale o a sottoscrivere un piano di copertura che soddisfi determinati requisiti obbligatori, e sono consapevole che la copertura offerta da AXA potrebbe non soddisfare i requisiti specifici di tali Paesi, imponendo il ricorso a una copertura aggiuntiva. Sono inoltre consapevole del fatto che, in alcuni casi, un residente che non dispone della copertura locale obbligatoria, in aggiunta alla polizza di assicurazione sanitaria internazionale, potrebbe subire sanzioni fiscali o di altro tipo. Riconosco che, per eventuali dubbi relativamente ai requisiti di copertura obbligatoria nel mio Paese di residenza principale (specificato nella sezione 2 **Informazioni sul Titolare della polizza**), capisco di avere la responsabilità di rivolgermi alle autorità locali per appurare se è necessario soddisfare ulteriori requisiti di assistenza sanitaria.
 - g) Con la firma e la restituzione del presente modulo, confermo che le dichiarazioni contenute nella presente richiesta sono corrette e che sono autorizzato a sottoscrivere la presente polizza per conto dei miei familiari.

Firma del Titolare della polizza

(Il presente modulo deve essere firmato a mano. Non si accettano firme elettroniche).

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---