



Piano sanitario globale: Aziendale

Sottoscritto da AXA Insurance dac

Modulo di richiesta per i soggetti assicurati

Polizza senza richiesta di anamnesi medica (MHD, Medical History Disregarded)

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

■ Per accelerare l'evasione della richiesta, specificare il nome e il numero di sottoscrizione aziendale

Se applicabile, richiedere tali informazioni al Segretario del gruppo.

Nome dell'azienda

Numero di sottoscrizione aziendale

Note in merito alla compilazione della richiesta

Per semplificare al massimo la compilazione del modulo di richiesta di assicurazione sanitaria aziendale, leggere le seguenti note prima di iniziare. Per qualsiasi domanda, è possibile contattare il Segretario del gruppo o chiamare il 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 è sottoscritta da AXA Insurance dac e amministrata da AXA Global Healthcare (congiuntamente AXA).

- Il presente modulo è applicabile solo ai dipendenti coperti da un Piano sanitario internazionale aziendale per cui l'azienda ha scelto la tipologia di Polizza senza richiesta di anamnesi medica (MHD, Medical History Disregarded).
- L'azienda del dipendente deve compilare una "Scheda di registrazione dei soggetti assicurati dall'azienda", che dovrà essere allegata al presente modulo, in cui sono riportati i dati dell'assicurato, i familiari da coprire e il tipo di copertura richiesta per ogni membro della famiglia. Per ulteriori informazioni sulla polizza, contattare il Segretario del gruppo.
- ✗ La presente polizza non è applicabile ai **cittadini statunitensi o canadesi** il cui paese di residenza principale siano gli Stati Uniti o il Canada. Se i soggetti da coprire includono cittadini statunitensi o canadesi oppure persone che hanno presentato domanda di cittadinanza in tali paesi, contattare il Segretario del gruppo.
- ✗ **Non utilizzare questo modulo** per richiedere una polizza individuale o se la propria azienda ha scelto la tipologia di sottoscrizione Moratoria o Polizza con riapplicazione delle spese mediche non coperte (CME, Continued Medical Underwriting).
- 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 veritiere, le richieste di rimborso verranno probabilmente rifiutate e la polizza potrebbe essere annullata.
- La persona indicata nella sezione **1 Informazioni sul Titolare della polizza** deve essere un dipendente dell'azienda specificata a pagina 1 e diverrà il Titolare della 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. La copertura offerta da AXA Global Healthcare 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 qualsiasi dubbio sui requisiti di copertura obbligatoria nel proprio paese di residenza principale (definito nella sezione **1 Informazioni sul Titolare della polizza**), contattare il Segretario del gruppo, poiché l'azienda è obbligata a verificare che tutti i suoi dipendenti e i relativi familiari dispongano della copertura obbligatoria nel paese di residenza principale (come specificato nella sezione **1 Informazioni sul Titolare della polizza**).

Suggerimenti per la compilazione del presente modulo di richiesta

- Se si compila il modulo in formato digitale, al termine della compilazione stamparlo e firmare la sezione **4 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 **4 Dichiarazione**. L'Intermediario agisce per conto dell'assicurato in tal senso.
- Qualora fosse necessario ulteriore spazio utilizzare la sezione **3 Informazioni aggiuntive**.

Dopo la compilazione della richiesta

- Controllare attentamente le informazioni fornite e assicurarsi di aver firmato e datato la sezione **4 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 **4 Dichiarazione**.
- Restituire il modulo compilato all'indirizzo AXA Global Healthcare (EU) 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, è necessario 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 (EU) Limited, che agisce per conto di AXA insurance dac.

1 Informazioni sul Titolare della polizza

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

1.1 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 per esteso

Cognome

1.2 Sesso

☐ Maschio ☐ Femmina

1.3 Data di nascita

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

1.4 Nazionalità

1.5 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.

1.6 Posizione nell'azienda

Il Titolare della polizza deve essere un dipendente dell'azienda come specificato a pagina 1

1.7 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	

1.8 Recapiti

Includere il paese e i prefissi (ove applicabile).

Telefono (mattina)

Telefono (pomeriggio)

E-mail

2 Altri familiari da coprire

2.1 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 **3 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

3 Informazioni aggiuntive

2.2 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

D	D	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

D	D	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

D	D	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

D	D	M	M	A	A	A	A		

Nazionalità

Paese di residenza principale

Professione

3 Informazioni aggiuntive

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

Se non è necessario altro spazio ► passare alla sezione **4 Dichiarazione.**

Nelle risposte, si prega di includere:

- Numero della domanda
- Nome del familiare

4 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 dei dipendenti

La presente polizza è sottoscritta da AXA Insurance dac e amministrata da AXA Global Healthcare (congiuntamente AXA). Il presente paragrafo è un riassunto della nostra informativa sulla privacy che è possibile consultare sui nostri siti Web: axaglobalhealthcare.com/en/about-us/privacy-and-legal and axaglobalhealthcare.com/privacy-ie.

Assicurarsi che tutti coloro che rientrano in questa polizza leggano questo riassunto e le polizze complete sulla privacy dei dati sui nostri siti web, axaglobalhealthcare.com/privacy-ie and axaglobalhealthcare.com/en/about-us/privacy-and-legal. Se si desidera una copia della polizza sulla privacy, è possibile contattarci al numero +44 (0) 1892 503 856 e ve 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 ai dipendenti e ai rispettivi familiari assicurati nella presente polizza dai dipendenti stessi, dai familiari, dai fornitori di assistenza sanitaria, dal datore di lavoro (se è presente in uno schema aziendale), dal broker assicurativo, se presente, e da fornitori terzi di informazioni.

Utilizzeremo le informazioni dei dipendenti 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 e a fini di marketing.

Potremmo divulgare le informazioni dei dipendenti 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 altrimenti gestire la vostra polizza; e
- prevenire ed identificare reati e negligenza medica, effettuando le dovute segnalazioni agli organismi competenti; e
- consentire ad altre società AXA di contattare il contraente se ha dato il proprio consenso.

Allo scopo di gestire la polizza, potremmo dover trasferire o accedere alle informazioni personali dei dipendenti fornite da altri Paesi nel mondo, 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.

Nei casi in cui l'utilizzo delle informazioni dei dipendenti si basi sul loro consenso, essi potranno revocarlo, ma in tal modo potremmo non essere in grado di gestire correttamente l'amministrazione della polizza o le richieste di rimborso.

Sarà nostra cura informarla qualora dovesse verificarsi una violazione dei dati e se le informazioni personali e mediche dei dipendenti 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 le informazioni dei dipendenti o di non ricevere determinate informazioni, ad esempio comunicazioni di marketing. Sarà inoltre possibile richiedere copia delle informazioni in nostro possesso sui dipendenti e chiederci di rettificare eventuali dati errati.

Per qualsiasi richiesta in merito, sarà possibile contattarci telefonicamente al numero +44 (0) 1892 503 856 oppure per iscritto.

Dichiarazione

- a) La presente polizza è sottoscritta da AXA Insurance dac ed è amministrata da AXA Global Healthcare (UK) Limited.
- b) Io sottoscritto dichiaro che:
- In base alle informazioni in mio possesso, ritengo che le dichiarazioni riportate nella presente richiesta siano complete, corrette e veritiere.
 - 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 da parte di AXA Global Healthcare.
- Riconosco che l'accettazione della presente richiesta da parte di AXA Global Healthcare 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 che 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 **1 Informazioni sul Titolare della polizza**), comprendo che è mia responsabilità 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 accettiamo le firme elettroniche).

Data

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

In caso di incongruenze o discrepanze tra la versione Inglese e quella Italiana, farà fede la versione Inglese.

PB68376/04.19 (Italian)

AXA Global Healthcare (EU) Limited. Registrata in Irlanda con numero 630468. Sede legale: Wolfe Tone House, Wolfe Tone Street, Dublin 1. AXA Global Healthcare (EU) Limited è regolata dalla Banca Centrale d'Irlanda.

AXA Global Healthcare (UK) Limited. Registrata in Inghilterra con numero 03039521. Sede legale: 5 Old Broad Street, London EC2N 1AD. AXA Global Healthcare (UK) Limited è autorizzata e regolata in Gran Bretagna dalla Financial Conduct Authority.

Potremmo registrare e/o monitorare le chiamate a scopo di controllo qualità, formazione e verbalizzazione della conversazione.