



Riservato all'Intermediario			
Nome dell'Intermediario		Codice dell'Intermediario	

# Piano sanitario globale: Assicurazione aziendale

Sottoscritto da AXA PPP healthcare Limited

## Modulo di richiesta collettivo

### 1 Informazioni sulla vostra nuova polizza aziendale

È possibile scegliere di avere diversi livelli di copertura, opzioni aggiuntive e livelli di franchigia per i vari dipendenti in base alla struttura gerarchica aziendale. Si prega di indicare di seguito TUTTE le opzioni da applicare alla presente polizza aziendale e utilizzare la "Scheda di registrazione dei soggetti assicurati dall'azienda" per indicare livelli o opzioni specifiche per ciascun dipendente.

Per i dettagli completi sulle opzioni di sottoscrizione, i diversi tipi di copertura disponibili, le opzioni aggiuntive che è possibile includere e i livelli di franchigia, visitare il sito [axaglobalhealthcare.com/en](http://axaglobalhealthcare.com/en) o rivolgersi al proprio Intermediario.

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

#### 1.1 Da quale data si desidera iniziare la copertura?

Tutte le polizze collettive vengono automaticamente retrodatate al primo giorno del mese, ma il premio decorre dalla data specificata qui.

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

#### 1.2 Quanti dipendenti si desidera coprire inizialmente con la presente polizza?

Dopo la sottoscrizione della polizza, è possibile aggiungere ulteriori dipendenti in qualsiasi momento, compilando un nuovo "Foglio di registrazione dei soggetti assicurati dall'azienda".

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

#### 1.3 Quale tipologia di polizza si desidera sottoscrivere? **i** Selezionare una sola casella.

**Sottoscrizione medica completa (FMU - Full Medical Underwriting)** Se si seleziona questa opzione non è necessario compilare la sezione 4 **Dichiarazioni sull'anamnesi medica**.

**Polizza senza richiesta di anamnesi medica (MHD - Medical History Disregarded)** Se si seleziona questa opzione, assicurarsi di compilare la sezione 4 **Dichiarazioni sull'anamnesi medica**.

**Trasferimento (CME - Continued Medical Exclusions)** Si applica solo in caso di trasferimento da un altro assicuratore. Se si seleziona questa opzione, assicurarsi di compilare la sezione 4 **Dichiarazioni sull'anamnesi medica**.

#### 1.4 Quali tipi di coperture ed estensioni facoltative si desidera applicare?

**i** Se si richiedono livelli diversi di copertura e/o estensioni facoltative per diversi dipendenti, selezionare TUTTE le caselle applicabili e utilizzare la "Scheda di registrazione dei soggetti assicurati dall'azienda" per specificare i dettagli per ciascun dipendente.

**Assicurazione di viaggio** Se si seleziona l'assicurazione di viaggio aggiuntiva (ove disponibile), tale opzione verrà applicata a tutti i dipendenti con il tipo di copertura selezionato.

**Opzioni Comprehensive** È possibile scegliere una combinazione di opzioni, ma non è possibile includere allo stesso tempo sia l'opzione di copertura ambulatoriale estesa che quella di copertura in caso di gravidanza. L'opzione Gravidanza è disponibile solo per gruppi di 10 o più persone.

**Prestige Plus**  **Prestige**  Copertura dentistica

**Comprehensive**  Copertura dentistica  Copertura in caso di gravidanza  Copertura ambulatoriale estesa  Assicurazione di viaggio

**Standard**  Opzione di copertura ambulatoriale  Assicurazione di viaggio  **Foundation**  Opzione di copertura ambulatoriale

#### 1.5 La polizza deve coprire anche gli Stati Uniti?

**i** Se si richiedono aree geografiche diverse per dipendenti diversi, contrassegnare entrambe le caselle e utilizzare la "Scheda di registrazione dei soggetti assicurati dall'azienda" per indicare l'area applicabile a ciascun dipendente.

Sì  No

#### 1.6 In quale valuta si desidera pagare i premi? **i** Scegliere una sola valuta.

£ Sterlina  \$ Dollaro statunitense  € Euro

#### 1.7 Quale franchigia si desidera applicare?

**i** Se si richiedono diversi livelli di franchigia per i diversi dipendenti, selezionare TUTTE le caselle applicabili e usare la "Scheda di registrazione dei soggetti assicurati dall'azienda" per indicare quale livello applicare a ciascun dipendente. La franchigia sarà applicata nella stessa valuta selezionata per il pagamento dei premi, alla domanda 1.6.

**Nessuna franchigia**

**Livello 1** £ 100 \$ 160 € 125

**Livello 2** £ 250 \$ 400 € 320

**Livello 3** £ 500 \$ 800 € 640

**Livello 4** £ 1.000 \$ 1.600 € 1.275

**Livello 5** £ 2.000 \$ 3.200 € 2.550

# Note in merito alla compilazione della richiesta

Per semplificare al massimo la compilazione della richiesta di assicurazione sanitaria aziendale, leggere le note seguenti prima di cominciare. Per qualsiasi domanda, si prega di contattare il proprio Intermediario o, per la vendita diretta, contattare il nostro servizio di assistenza al numero **+44 (0) 1892 508 800** per 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.

Se si seleziona la Sottoscrizione medica completa (FMU - Full Medical Underwriting) come stile di sottoscrizione del presente gruppo aziendale, ciascun dipendente deve compilare e firmare il "Modulo di richiesta per il dipendente". Tali moduli costituiranno la base del contratto tra l'azienda e AXA PPP.

Se si seleziona la Polizza senza richiesta di anamnesi medica (MHD - Medical History Disregarded) come stile di sottoscrizione del presente gruppo aziendale, assicurarsi che le dichiarazioni relative all'anamnesi medica nella sezione **4 Dichiarazioni sull'anamnesi medica** siano state compilate.

In caso di trasferimento della polizza da un altro assicuratore ad AXA.

- Lo stile di sottoscrizione della presente polizza aziendale sarà Trasferimento (CME - Continued Medical Exclusions) e verranno replicate le condizioni e le esclusioni mediche personali della polizza esistente, a condizione che l'assicurato risponda "No" ad entrambe le dichiarazioni relative all'anamnesi medica nella sezione **4 Dichiarazioni sull'anamnesi medica**.
- Si prega di allegare una dichiarazione di copertura aggiornata per ogni dipendente da assicurare, a dimostrazione delle condizioni di sottoscrizione attuali; in mancanza di tali dichiarazioni, verrà stipulata una polizza aziendale con Sottoscrizione medica completa (FMU - Full Medical Underwriting).

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. L'azienda è tenuta a verificare che ciascuno dei dipendenti e dei loro familiari disponga della copertura richiesta dal proprio paese di residenza principale (come specificato nella sezione **2 Informazioni sull'azienda**).

## Suggerimenti per la compilazione del presente modulo di richiesta

- Il presente modulo deve essere compilato e firmato dal **Segretario del gruppo** autorizzato dall'azienda a stipulare il presente contratto di assicurazione medica privata.
- Se si sta compilando il presente modulo in formato digitale, al termine della compilazione si prega di stamparlo e di firmare la **6 Dichiarazione dell'azienda** prima di restituirlo.
- Se si richiede all'Intermediario di compilare il modulo per proprio conto utilizzando le informazioni fornite, leggere tutte le domande e le risposte attentamente prima di firmare la **6 Dichiarazione dell'azienda**. L'Intermediario agisce per conto dell'assicurato in tal senso.

## Dopo la compilazione della richiesta

- Si prega di verificare attentamente i dettagli e assicurarsi di aver firmato e datato la **6 Dichiarazione dell'azienda**.
- Le richieste compilate possono essere inviate per e-mail all'indirizzo [intsales@axa.com](mailto:intsales@axa.com). Tuttavia non è possibile accettare firme digitali e pertanto è necessario stampare, firmare e digitalizzare la **6 Dichiarazione dell'azienda**.
- Restituire i moduli compilati a AXA Global Healthcare (Regno Unito) 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 sull'azienda

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

### 2.1 Nome completo dell'azienda

Nome registrato

Nome commerciale (se diverso)

### 2.2 Dati di registrazione dell'azienda

Specificare l'indirizzo completo di codice postale e paese (ove applicabile).

Indirizzo registrato

Codice postale

Paese

Numero di registrazione

### 2.3 Recapito postale dell'azienda (se diverso)

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

Codice postale

Paese

### 2.4 Tipo di attività dell'azienda

### 2.5 Numero totale di dipendenti da coprire

### 2.6 Informazioni sul segretario del gruppo

Fornire le informazioni della persona indicata come Segretario del gruppo nella presente polizza

Nome completo, incluso il titolo

Posizione nell'azienda

### 2.7 Recapiti del Segretario del gruppo

Fornire un recapito utilizzabile che possiamo utilizzare per contattarti. Includere il paese e i prefissi (ove applicabile).

Telefono

E-mail

Fax (se applicabile)

### 2.8 Si sta passando ad una polizza aziendale AXA - Global Healthcare da un'altra polizza esistente?

- No** ► Passare a 4 **Dichiarazioni sull'anamnesi medica**  
 **Sì** ► Passare a 3 **Informazioni sulla polizza collettiva attuale**

### 2.9 L'azienda sta recuperando tutti o parte dei suoi premi dai suoi dipendenti?

**No**  **Sì**

Se sì, l'azienda sta recuperando tutti

Dipendenti  **No**  **Sì**

o parte dei suoi premi relativamente ai: Familiari dei dipendenti  **No**  **Sì**

### 3 Informazioni sulla polizza collettiva attuale

3.1 Nome della compagnia di assicurazione attuale

3.2 Date della polizza collettiva attuale

Le polizze scadute non possono essere trasferite. In tal caso, contattare il proprio Intermediario o chiamare il servizio di assistenza.

Data di decorrenza originale

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

Data di scadenza

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

### 4 Dichiarazioni sull'anamnesi medica

✗ Se è stata selezionata la tipologia di polizza **Copertura medica completa (FMU, Full Medical Underwriting)**, ► passare alla sezione **5 Opzioni di pagamento**

✓ Se è stato selezionato lo stile di sottoscrizione **Polizza senza richiesta di anamnesi medica (MHD - Medical History Disregarded)** o **Trasferimento (CME - Continued Medical Exclusions)**, rispondere alle seguenti domande

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:

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

Potremmo richiedere ulteriori informazioni e/o documentazione 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.

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

4.1 In base alle informazioni in suo possesso, qualcuno dei soggetti da includere nella presente polizza ha ricevuto una diagnosi o qualsiasi tipo di trattamento/consulto relativo al cancro negli ultimi cinque anni?

**No** ► Passare alla domanda 4.2

**Sì** Contattare il proprio Intermediario o chiamare il servizio assistenza al +44 (0) 1892 508 800

4.2 In base alle informazioni in suo possesso, qualcuno dei soggetti da includere nella presente polizza manifesta condizioni mediche che potrebbero determinare un ricovero in ospedale?

**No** ► Passare a **5 Opzioni di pagamento**

**Sì** Contattare il proprio Intermediario o chiamare il servizio assistenza al +44 (0) 1892 508 800

Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì, dalle 8.00 alle 17.00 (fuso orario del Regno Unito).

## 5 Opzioni di pagamento

---

### 5.1 Come si desidera pagare i premi assicurativi?

**i** Selezionare una sola casella.

Se si sceglie il pagamento annuale, verrà applicato uno sconto del 5% sui premi.

Il RID è consentito solo per i conti bancari in sterline (£), 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 assegno

- Annuale
- Trimestrale

Provvederemo a contattarla per fornire informazioni in merito all'accettazione della polizza.

#### Tramite bonifico bancario

- Annuale
- Trimestrale

Provvederemo a contattarla per fornire informazioni in merito all'accettazione della polizza.



## 6 Dichiarazione dell'azienda

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** Con la firma e la restituzione del presente modulo, il contraente dichiara implicitamente di essere autorizzato a fornire il consenso per conto dei dipendenti coperti e rilascia, a nome proprio e dei dipendenti, 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 PPP healthcare Limited e amministrata da AXA Global Healthcare (UK) Limited (unitamente AXA). Questo è un riassunto delle nostre rispettive informative sulla privacy disponibili sui nostri siti web: [axaglobalhealthcare.com/en/about-us/privacy-and-legal](http://axaglobalhealthcare.com/en/about-us/privacy-and-legal) and [axapphealthcare.co.uk/privacy-policy](http://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, [axaglobalhealthcare.com/privacy-ie](http://axaglobalhealthcare.com/privacy-ie) e [axaglobalhealthcare.com/en/about-us/privacy-and-legal](http://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 accedere alle informazioni personali dei dipendenti 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.

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.

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.
- b) L'Azienda dichiara quanto segue:
- In base alle informazioni in mio possesso, ritengo che le dichiarazioni riportate nel presente modulo di richiesta e quelle riportate nel modulo di sottoscrizione siano complete, corrette e veritiere.
  - Io, Segretario del gruppo, mi impegno a leggere il Contratto di assicurazione del gruppo appena lo riceverò e accetto di vincolare l'azienda alle condizioni ivi esposte, a meno che non decida di annullare la sottoscrizione entro 14 giorni dall'accettazione della presente richiesta.
- L'Azienda riconosce che l'accettazione della presente richiesta è basata sulle dichiarazioni di cui sopra.
- c) L'Azienda comprende che, se le informazioni fornite dovessero subire una variazione prima della data di decorrenza della presente polizza, è tenuta a informare immediatamente AXA per iscritto.
- d) L'Azienda comprende che, in quanto titolare legale della presente polizza assicurativa, il Segretario del gruppo riceverà tutta la corrispondenza relativa alla presente richiesta, esclusa quella correlata alle richieste di rimborso, a meno che non abbia specificato diversamente tramite un'apposita richiesta scritta. L'Azienda comprende inoltre 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.
- e) L'Azienda riconosce 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, ed è consapevole che la copertura fornita da AXA PPP healthcare Limited potrebbe non soddisfare i requisiti specifici di tali paesi, imponendo il ricorso a una copertura aggiuntiva. L'Azienda comprende inoltre 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. L'azienda riconosce che, per eventuali dubbi relativamente ai requisiti di copertura obbligatoria nel paese in cui i propri dipendenti risiedono normalmente (come specificato a pagina 1), è tenuta a rivolgersi alle autorità locali per determinare se è necessario soddisfare ulteriori requisiti di assistenza sanitaria.
- f) Con la firma e la restituzione del presente modulo, il Segretario del gruppo garantisce di essere autorizzato a compilare la presente richiesta per conto dell'Azienda.

Firma del Segretario del gruppo

Data

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