

Programmi sanitari internazionali

Modulo di Sottoscrizione

Leggere e compilare attentamente in **STAMPATELLO** e barrare le relative caselle

Allianz 
Allianz Worldwide Care

1 Dati personali.

Compilare le seguenti informazioni per ogni persona da assicurare incluso il titolare della polizza, il partner ed i figli minorenni economicamente dipendenti dal capofamiglia o di età inferiore ad anni 24 se ancora studenti. In questo secondo caso è necessario allegare alla presente una dichiarazione dell'istituto scolastico che attesti lo status di studente. Attenzione: saranno prese in considerazione solo le richieste di copertura per persone di età inferiore ai 65 anni.

Titolare della polizza/Contraente

Eventuali variazioni dei recapiti dovranno essere sempre comunicate alla Compagnia per potervi inviare la corrispondenza.

Sig. Sig.ra. Sig.na Nome

Cognome

Data di nascita Sesso: M F

Indirizzo per la corrispondenza

Telefono abitazione

Telefono ufficio

Telefono cellulare

Fax

Email (obbligatorio)

Autorizzo l'uso della posta elettronica (email) per la corrispondenza relativa ai rimborsi e alla Garanzia di pagamento

Professione

Paese di origine
(il paese da cui siete espatriati e nel quale vorreste essere rimpatriati)

Domicilio o residenza
(il paese in cui trascorrete la maggior parte del vostro tempo nel periodo di copertura assicurativa)

Nazionalità

Indicare in quale lingua si desidera ricevere la documentazione: Italiano Inglese Tedesco Francese Spagnolo

Dettagli su eventuali coperture assicurative in essere (sia nazionali che internazionali):

Compagnia

Numero di polizza Data inizio copertura

Se la Vostra polizza è una polizza di gruppo compilare i seguenti campi:

Azienda contraente

Group ID/N° contratto

Familiare 1

Sig. Sig.ra. Sig.na Nome
Cognome
Data di nascita Sesso: M F Parentela con il titolare della polizza: Coniuge/Partner Figlio
Professione
Paese di origine
(il paese da cui siete espatriati e nel quale vorreste essere rimpatriati)
Domicilio o residenza
(il paese in cui trascorrete la maggior parte del vostro tempo nel periodo di copertura assicurativa)
Nazionalità
Dettagli su eventuali coperture assicurative in essere (sia nazionali che internazionali):
Compagnia
Numero di polizza Data inizio copertura

Familiare 2

Sig. Sig.ra. Sig.na Nome
Cognome
Data di nascita Sesso: M F Parentela con il titolare della polizza: Coniuge/Partner Figlio
Professione
Paese di origine
(il paese da cui siete espatriati e nel quale vorreste essere rimpatriati)
Domicilio o residenza
(il paese in cui trascorrete la maggior parte del vostro tempo nel periodo di copertura assicurativa)
Nazionalità
Dettagli su eventuali coperture assicurative in essere (sia nazionali che internazionali):
Compagnia
Numero di polizza Data inizio copertura

Familiare 3

Sig. Sig.ra. Sig.na Nome
Cognome
Data di nascita Sesso: M F Parentela con il titolare della polizza: Coniuge/Partner Figlio
Professione
Paese di origine
(il paese da cui siete espatriati e nel quale vorreste essere rimpatriati)
Domicilio o residenza
(il paese in cui trascorrete la maggior parte del vostro tempo nel periodo di copertura assicurativa)
Nazionalità
Dettagli su eventuali coperture assicurative in essere (sia nazionali che internazionali):
Compagnia
Numero di polizza Data inizio copertura

Familiare 4

Sig. Sig.ra. Sig.na Nome
Cognome
Data di nascita Sesso: M F Parentela con il titolare della polizza: Coniuge/Partner Figlio
Professione
Paese di origine
(il paese da cui siete espatriati e nel quale vorreste essere rimpatriati)
Domicilio o residenza
(il paese in cui trascorrete la maggior parte del vostro tempo nel periodo di copertura assicurativa)
Nazionalità
Dettagli su eventuali coperture assicurative in essere (sia nazionali che internazionali):
Compagnia
Numero di polizza Data inizio copertura

Per inserire altri familiari, utilizzare un altro modulo.

2 Data di inizio copertura.

Indicare mese e anno in cui vorreste avesse inizio la copertura (il giorno di inizio per le polizze individuali corrisponde sempre al 1° del mese).

Se la sottoscrizione riguarda invece una polizza di gruppo, indicare la data da cui deve aver inizio la copertura:

La copertura è subordinata all'accettazione del presente modulo di sottoscrizione, che verrà pertanto confermata con l'emissione del Certificato assicurativo.

3 Programma assicurativo.

(Da non compilarsi in caso di polizza di gruppo).

Piani Internazionali

Barrare il/i piani desiderati e la eventuale franchigia :

Piano Base		Fuori ricovero		Franchigia da applicare ai piani fuori ricovero		Piano Maternità		Cure Dentali		Rimpatrio sanitario	
Premier Individual	<input type="checkbox"/>	Gold	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	Premier Maternity	<input type="checkbox"/>	Dental 2	<input type="checkbox"/>	Rimpatrio sanitario	<input type="checkbox"/>
Club Individual	<input type="checkbox"/>	Silver	<input type="checkbox"/>	£70/€100/\$125	<input type="checkbox"/>	Club Maternity	<input type="checkbox"/>				
Classic Individual	<input type="checkbox"/>	Bronze	<input type="checkbox"/>	£130/€200/\$250	<input type="checkbox"/>						

Attenzione: i programmi fuori ricovero, le cure dentali ed il rimpatrio sanitario possono essere selezionati solo congiuntamente ad un programma di base: non possono essere acquistati separatamente.

Premier Maternity può essere abbinato solo al Piano Base Premier Individual, mentre Club Maternity al Club Individual. La selezione di un piano maternità, inoltre, comporta la selezione obbligatoria di un piano fuori ricovero. I piani maternità possono essere sottoscritti esclusivamente da coppie o famiglie con entrambe i partners/coniugi coperti.

I piani assicurativi possono essere variati esclusivamente al rinnovo della polizza.

Piani Internazionali Asia

Barrare il/i piani desiderati e la eventuale franchigia :

Piano Base		Fuori ricovero		Franchigia da applicare ai piani fuori ricovero		Piano Maternità		Rimpatrio sanitario	
Elite Individual	<input type="checkbox"/>	OP1	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	Elite Maternity	<input type="checkbox"/>	Rimpatrio sanitario	<input type="checkbox"/>
Select Individual	<input type="checkbox"/>	OP2	<input type="checkbox"/>	\$125	<input type="checkbox"/>	Select Maternity	<input type="checkbox"/>		
Essential Individual	<input type="checkbox"/>	OP3	<input type="checkbox"/>	\$250	<input type="checkbox"/>				
Vital Individual	<input type="checkbox"/>								

Attenzione: i programmi fuori ricovero, le cure dentali ed il rimpatrio sanitario possono essere selezionati solo congiuntamente ad un programma di base: non possono essere acquistati separatamente.

Elite Maternity può essere abbinato solo al Piano Base Elite Individual, mentre Select Maternity al Select Individual. La selezione di un piano maternità, inoltre, comporta la selezione obbligatoria di un piano fuori ricovero. I piani maternità possono essere sottoscritti esclusivamente da coppie o famiglie con entrambe i partners/coniugi coperti.

I piani assicurativi possono essere variati esclusivamente al rinnovo della polizza.

Se il vostro piano assicurativo non è incluso tra quelli di cui sopra, scrivete il nome del Piano Base e di ogni altro piano addizionale:

Selezionare l'area geografica di copertura richiesta :

Mondo Intero

Mondo Intero escluso
USA e Canada

Sola Africa
(non selezionabile da
chi ha scelto Piani Asia)

6 Stato di salute.

Tutte le informazioni fornite saranno trattate con la massima riservatezza. Tutti i fatti rilevanti, inclusi quelli relativi alle seguenti domande, devono essere resi noti. L'inosservanza di quest'obbligo può invalidare la polizza. Si considera fatto rilevante qualsiasi informazione che potrebbe incidere sulla valutazione e sull'accettazione di questo modulo di sottoscrizione da parte della Compagnia assicuratrice. In caso di dubbio circa la rilevanza di un fatto, renderlo noto comunque.

	Titolare	Familiare 1	Familiare 2	Familiare 3	Familiare 4
1. Altezza/Peso	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>
2. Siete fumatore o avete fatto uso di tabacco negli anni passati? Tipo: Consumo giornaliero:	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Quante "unità" di alcohol consumate alla settimana? (1 bicchiere di vino = 1 unità, 250ml di birra = 1 unità, un bicchierino di superalcolico=1 unità)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Soffrite di disturbi, malattie, conseguenze di infortuni, infermità mentali o fisiche, disordini psichiatrici e/o patologie croniche anche di carattere dentale?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Avete mai sofferto di alcuna delle seguenti patologie con o senza ricovero ospedaliero o cura o test diagnostico:					
a) Reumatismi, gotta, artrite, patologie o disturbi muscolari incluso mal di schiena?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b) Epilessia o altro disturbo neurologico?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c) Disturbi all'apparato digerente e intestinali?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d) Ansia, depressione o patologie psichiatriche o mentali?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
e) Problemi ginecologici?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
f) Problemi alla vescica, ai reni, al fegato, al pancreas incluso diabete?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
g) Cisti, moli, miomi, fibromi, cancro, tumori?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
h) Problemi oculistici, otorinolaringoiatrici o dermatologici?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
i) Problemi cardiaci, di pressione sanguigna o colesterolemia?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
j) Asma, bronchiti croniche o altri problemi respiratori?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
k) Ogni altra patologia che richieda intervento medico (ad esclusione di influenza e raffreddore)?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. Siete in attesa di sottomettervi a visita medico e/o a test diagnostici per un disturbo ricorrente o siete in attesa di conoscerne il risultato?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. Siete mai risultati positivi ad uno dei seguenti test: HIV, epatite B, epatite C Vi siete sottoposti ad uno dei test di cui sopra e ne attendete ancora l'esito? <i>(essersi sottoposti a un test HIV, se l'esito è negativo, non avrà alcuna rilevanza ai fini dell'accettazione del rischio)</i>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. Avete mai sofferto di un qualche disturbo, incidente o patologia, con o senza ricovero ospedaliero, per cui avete dovuto:					
a) Seguire una terapia per oltre 14 giorni?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b) E/o assentarvi dal lavoro per più di una settimana?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c) Ricorrere a cure specialistiche?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

9. Siete in gravidanza? Sì No Sì No Sì No Sì No Sì No
 Se Sì indicare la data prevista per il parto: gg/mm/aa gg/mm/aa gg/mm/aa gg/mm/aa gg/mm/aa
10. Sono presenti nella vostra famiglia, con riferimento a genitori o fratelli, in vita o deceduti, situazioni patologiche manifestatesi prima del compimento dei 65 anni quali: diabete, mal di cuore, pressione alta, cancro, disturbi renali, colesterolo alto, disordini nervosi o cerebrali quali morbo di Alzheimer, di Parkinson, disturbi alla vista, disturbi all'udito o altro? Sì No Sì No Sì No Sì No Sì No
11. Vi siete mai sottoposti negli ultimi 5 anni a screening oncologico o a qualche altro check-up anche di carattere generale? Sì No Sì No Sì No Sì No Sì No

Informazioni aggiuntive.

Se avete risposto Sì ad almeno una delle domande dalla numero 4 alla numero 11 del questionario di cui sopra, fornite i necessari dettagli scrivendo IN STAMPATELLO nello spazio di seguito riportato. La mancanza di informazioni autorizza Allianz Worldwide Care a rivolgersi al vostro medico curante per i necessari approfondimenti con ovvio ritardo nel processo assuntivo e nell'emissione della copertura. **Vi preghiamo di fornire tutte le informazioni anche nel caso foste nel dubbio sulla loro rilevanza.**

Nome	Numero della domanda con risposta affermativa	Quando possibile, fornire la data della prima visita medica o diagnosi, il nome e l'indirizzo dello specialista, la frequenza e l'intensità dei sintomi, la data dell'ultimo episodio ed ogni informazione relativa a passate, presenti o future cure.

Se non vi è spazio sufficiente per le informazioni aggiuntive, utilizzare un altro modulo.

Informazioni sul vostro medico curante:

Dott./D.ssa Nome

Cognome

Indirizzo

Numero di telefono PREFISSO INTERNAZIONALE — PREFISSO DELLA CITTA' —

Data dell'ultima visita

7 Situazione dentale.

(Da compilare solo se è stata richiesta una copertura di cure dentali).

	Titolare di polizza	Familiare 1	Familiare 2	Familiare 3	Familiare 4
a) Siete sotto trattamento dentistico o state per sottoporvi?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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) Vi è stato estratto o avete perso qualche dente che non è stato rimpiazzato (escluso i denti del giudizio)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
In caso affermativo, quanti?:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) Avete qualche corona, otturazione, ponte, impianto, eccetera?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
In caso affermativo, quanti?:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d) Soffrite di paradontosi?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
e) Vi siete mai sottoposto a check-up dentistico durante gli ultimi 5 anni?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se avete risposto Sì:					
In quale data?	<input type="text"/> <small>gg /mm/ aa</small>	<input type="text"/> <small>gg /mm/ aa</small>	<input type="text"/> <small>gg /mm/ aa</small>	<input type="text"/> <small>gg /mm/ aa</small>	<input type="text"/> <small>gg /mm/ aa</small>
Con quale risultato?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Informazioni sul vostro dentista:

Dott./D.ssa Nome

Cognome

Indirizzo

Numero di telefono PREFISSO INTERNAZIONALE — PREFISSO DELLA CITTA' —

8 Leggi e tutela della privacy.

Allianz Worldwide Care assicura che i dati personali e quelli sensibili verranno trattati in maniera strettamente confidenziale e nel rispetto della legislazione europea sulla privacy. I dati personali possono essere forniti a ospedali, strutture cliniche o medici per quanto necessario alla gestione della polizza e ai relativi sinistri. Gli assicurati hanno diritto di accedere ai propri dati personali in nostro possesso e di chiederne la cancellazione o la correzione in caso non fossero corretti o aggiornati. Allianz Worldwide Care o altre Compagnie del Gruppo Allianz o organizzazioni da noi incaricate potrebbero contattare in futuro gli assicurati in relazione a nuovi prodotti o servizi.

Se non desiderate ricevere informazioni in merito a nuovi prodotti/servizi, barrate la casella.

9 Dichiarazioni.

- (a) Dichiaro che tutte le informazioni fornite sono vere e complete, anche quelle non scritte di mio proprio pugno. Dichiaro inoltre che non ho omesso, alterato o mal riportato alcun fatto. Sono consapevole che questo modulo di sottoscrizione costituisce la base per un contratto tra Allianz Worldwide Care e me stesso e, pertanto, ogni informazione falsa, scorretta od omessa può rendere nulla la copertura assicurativa.
- (b) Mi impegno a comunicare immediatamente ad Allianz Worldwide Care ogni variazione dello stato di salute mio o dei miei familiari che dovesse presentarsi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione del presente modulo e la data di inizio della copertura.
- (c) Sono al corrente della mia facoltà di ritirare la domanda di sottoscrizione inviandone comunicazione scritta per lettera, e-mail o fax, entro 14 giorni dalla data di inizio della polizza e di aver diritto, in assenza di richieste di risarcimento, al rimborso totale del premio eventualmente corrisposto.
- (d) È mia responsabilità verificare la correttezza delle informazioni che verranno riportate nel Certificato assicurativo una volta emesso. Se il contenuto di detto Certificato non è in linea con quanto riportato nel presente modulo ho il diritto di inoltrare richiesta di modifica entro 14 giorni dalla data di emissione dello stesso, superati i quali la Compagnia ne ritiene formalmente accettato il contenuto.
- (e) Acconsento a che Allianz Worldwide Care se lo dovesse ritenere necessario verifichi le dichiarazioni sullo stato di salute e/o faccia accertamenti presso eventuale precedente o attuale assicuratore. Autorizzo pertanto medici, dentisti, personale medico-sanitario i dipendenti degli ospedali, degli istituti di cura e del servizio sanitario nazionale a fornire le informazioni richieste ad Allianz Worldwide Care. La presente dichiarazione vale anche per i familiari a carico inclusi nella polizza per i quali sono responsabile e per quelli che non sono in grado di valutare autonomamente le implicazioni di tale dichiarazione.
- (f) Accetto l'applicazione dei termini e condizioni di polizza in vigore alla data di decorrenza della polizza. Confermo di aver letto e compreso pienamente le definizioni, le prestazioni, le esclusioni e le condizioni della polizza incluse le esclusioni relative alle patologie preesistenti.

Come titolare della polizza, firmo in nome e per conto di tutte le persone elencate nel presente modulo di richiesta di copertura

Firma del titolare della polizza

Data

| g | g | | m | m | | a | a |

Dati e timbro dell'Intermediario

Inviare il presente modulo compilato in ogni sua parte al seguente indirizzo:

Allianz Worldwide Care
Corso Italia 23
20122 Milano
Italia

Fax: + 39 02 7216 9186
Tel: + 39 02 7216 3831
Helpline: +353 1 630 1305
E-mail: underwriting@allianzworldwidecare.com
www.allianzworldwidecare.com

Grazie per aver completato il modulo di sottoscrizione. Prima di inoltrarlo verificare che:

- I dati di contatto da utilizzare per eventuali comunicazioni siano corretti
- Le informazioni nella sezione 6 (Stato di salute) siano complete e corrette
- Le informazioni relative al metodo e ai dettagli di pagamento siano compilate integralmente
- La dichiarazione alla sezione 9 sia completa di firma e data