



Guida alle prestazioni per l'azienda

Embrace – Assicurazione internazionale vita e invalidità
Validità dal 1° giugno 2024

Benvenuto

Può contare su Allianz Partners per l'assicurazione vita e invalidità della sua azienda. Proteggiamo il futuro dei suoi dipendenti e delle loro famiglie, qualunque cosa il futuro abbia in serbo per loro.

In questa guida trova tutte le informazioni di cui ha bisogno per comprendere e gestire il programma di assicurazione vita e invalidità della sua azienda.

Per capire al meglio la copertura offerta, legga la presente guida insieme all'Elenco delle prestazioni.

Servizio di livello superiore	5
Termini e condizioni della copertura	6
Spiegazione della copertura	7
Prodotti assicurativi vita e invalidità	10
Valutazione dello stato di salute	18
Procedura per richiedere il pagamento di rendite e indennità	21
Pagamento del premio	29
Gestione della polizza	30
Altre condizioni che si applicano al programma assicurativo	33
Informativa sulla protezione dei dati personali	36
Procedura per i reclami	37
Definizioni	38
Esclusioni	42
Tabella di riferimento per l'assicurazione per mutilazione accidentale	44

Il presente documento è una traduzione in italiano del documento in lingua inglese. Il testo in inglese è l'unico originale e con valore legale. Se eventuali discrepanze dovessero emergere tra la versione in italiano e la versione in inglese, quest'ultima sarà l'unica a dover essere considerata legalmente vincolante.

AWP Health & Life SA è soggetta alla regolazione dell'autorità francese di vigilanza prudenziale (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) ubicata all'indirizzo: 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Parigi Cedex 09, Francia.

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, n. 401 154 679 RCS Bobigny. La succursale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda, 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.



Servizio di livello superiore


Crediamo nell'importanza di fornirle un servizio di livello superiore.

In questa guida spieghiamo come funziona la nostra assicurazione vita e invalidità. Scopri come può garantire la protezione e la sicurezza finanziaria dei suoi dipendenti e delle loro famiglie, nello sfortunato caso in cui sopraggiunga un decesso o un'invalidità.

Ci contatti pure – siamo qui per aiutarla!

La nostra Helpline multilingue è disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7, per rispondere a qualsiasi domanda relativa alla polizza o se si ha bisogno di assistenza in caso di emergenza.

Helpline

 +353 1 630 1305

La lista aggiornata dei nostri numeri verdi è disponibile alla pagina

www.allianzcare.com/it/pages/toll-free-numbers.html

 client.services@e.allianzcare.com

Sapeva che...

... la maggior parte dei nostri assicurati ottiene una risposta più rapida alle proprie domande quando ci contatta per telefono?

Termini e condizioni della copertura

Questa guida le spiega i termini e le condizioni generali della copertura offerta dalla polizza vita e invalidità.

Per i programmi selezionati dalla sua azienda e le prestazioni disponibili per i dipendenti assicurati, veda invece l'Elenco delle prestazioni, dove trova anche eventuali massimali o periodi di differimento che potrebbero applicarsi alla copertura scelta. Tutte le somme di denaro indicate nell'Elenco delle prestazioni sono indicate nella valuta selezionata dall'azienda nel Contratto aziendale.

I termini utilizzati nella documentazione di polizza sono spiegati nel capitolo "Definizioni". Da notare che con il termine "azienda" si fa riferimento alla compagnia indicata come cliente nel Contratto aziendale.

I termini e le condizioni descritti in questo documento potrebbero essere aggiornati periodicamente e modificati in seguito ad accordi tra l'azienda e Allianz Partners.

Spiegazione della copertura

I programmi selezionati dall'azienda sono indicati nell'Elenco delle prestazioni, insieme alle prestazioni disponibili per le persone assicurate e i massimali applicabili (veda il paragrafo "Massimali" per capire come questi si applicano alla copertura).

Le prestazioni sono soggette alle definizioni ed esclusioni di polizza.

Che cosa offre la nostra copertura?

La polizza aziendale fornisce protezione e sicurezza finanziaria ai dipendenti dell'azienda e alle loro famiglie. L'azienda potrebbe aver scelto una o più delle seguenti opzioni di copertura disponibili (veda l'Elenco delle prestazioni per verificare quale tipo di copertura è stato incluso nella sua polizza aziendale):



Morte
accidentale



Mutilazione
accidentale



Invalità
permanente



Assicurazione vita

Opzioni disponibili:



Invalità a
breve termine



Invalità a
lungo termine



Esonero dei
contributi pensionisti

Massimali

Nell'Elenco delle prestazioni può trovare tre tipi di massimali:

- Il **massimale del programma** è il massimo che pagheremo per ciascun tipo di assicurazione selezionata. Nel caso dell'assicurazione per invalidità a breve o a lungo termine, l'indennità viene pagata a scadenza mensile; nel caso dell'assicurazione vita, morte accidentale, mutilazione accidentale o invalidità permanente, l'indennità viene pagata in un'unica somma prestabilita. Nel caso dell'assicurazione per invalidità a breve termine o a lungo termine, i massimali si indicano a persona assicurata e ad Anno assicurativo salvo quando diversamente indicato nell'Elenco delle prestazioni.
- Il **massimale complessivo di prestazione** equivale all'importo massimo che pagheremo complessivamente per la combinazione di assicurazione vita, morte accidentale, mutilazione accidentale e invalidità permanente. Ad esempio, se paghiamo l'indennità per mutilazione accidentale ad una persona assicurata, ogni eventuale altro importo relativo all'assicurazione vita sarà pagato solo fino al raggiungimento del massimale complessivo di prestazione.
- Il **massimale per evento** è l'importo massimo che pagheremo al ricevere, anche da varie persone assicurate, di molteplici richieste di pagamento di indennità che fanno tutte capo allo stesso incidente o disastro naturale.

Chi è coperto?

Le persone che presentano i requisiti per la copertura sono i dipendenti dell'azienda assicurata che:

- non hanno superato il limite massimo d'età indicato nel Contratto Aziendale;
- hanno un contratto di impiego a tempo indeterminato. Per l'assicurazione vita, morte accidentale, mutilazione accidentale e invalidità permanente si accettano in copertura anche i dipendenti con contratto a tempo determinato (purché superiore a sei mesi). Eventuali eccezioni alla copertura sono indicate nel Contratto aziendale;
- sono in servizio attivo;
- non stanno lavorando contrariamente al parere del medico.

Da notare che l'inclusione in copertura dal primo giorno di idoneità di quei dipendenti che diventano idonei a essere assicurati è responsabilità dell'azienda.

I dipendenti dell'azienda idonei alla copertura che non sono in servizio attivo alla data di inizio del Contratto aziendale o alla data di inizio della copertura a causa di una malattia o invalidità certificata, saranno idonei per la copertura dopo un mese dall'essere ritornati in servizio attivo.

Per i dipendenti idonei che desiderano optare per una copertura superiore al Limite di accettazione automatica indicato nell'Elenco delle prestazioni, è richiesta la valutazione dello stato di salute.

In base al risultato della valutazione dello stato di salute, ci riserviamo il diritto di accettare o meno la richiesta di copertura, di applicare un sovrapprezzo o esclusioni particolari.

Periodi di assenza dal lavoro pre-approvati

I dipendenti che hanno già avuto approvato un periodo di assenza dal lavoro superiore ai sei mesi sono considerati idonei alla copertura, salvo quando il periodo di assenza dal lavoro è dovuto a una malattia o un infortunio che impedisca loro di svolgere le normali mansioni del loro ruolo. Alcuni esempi di periodi di assenza dal lavoro che non intaccano il diritto alla copertura dei dipendenti sono: congedo per maternità o paternità, periodi sabbatici, ferie, ferie non pagate. L'azienda deve continuare a pagare il premio assicurativo per il dipendente durante il suo periodo di assenza dal lavoro.

Quando termina la copertura?

La copertura dell'**assicurazione vita** termina il giorno in cui l'assicurato compie 70 anni o raggiunge l'età specificata nel Contratto aziendale, se differente da questa.

La copertura dell'assicurazione per **morte accidentale, mutilazione accidentale, invalidità permanente, invalidità a breve termine e invalidità a lungo termine** termina il giorno in cui il dipendente compie 65 anni o raggiunge l'età specificata nel Contratto aziendale, se differente da questa.

Prodotti assicurativi vita e invalidità

Consulti l'Elenco delle prestazioni per verificare quali moduli di copertura sono stati scelti dall'azienda.

Assicurazione vita

L'assicurazione vita fornisce protezione e sicurezza finanziaria ai beneficiari del dipendente assicurato, nella sfortunata eventualità del suo decesso.

L'indennità è una cifra prestabilita pagata in un'unica rata: può essere un importo fisso oppure una percentuale del salario annuale lordo del dipendente (alla quale si applica un tetto massimo prestabilito). Veda l'Elenco delle prestazioni per verificare che tipo di indennità si applica al programma scelto dalla sua azienda.

Assicurazione per malattia terminale

Quando riceviamo prova che un dipendente assicurato ha ricevuto la diagnosi di una malattia in fase terminale (dopo la data di inizio della copertura), paghiamo un anticipo sulla sua indennità dell'assicurazione vita.

Se il pagamento dell'indennità di morte per malattia terminale è seguito da una richiesta separata di pagamento della rendita per l'assicurazione vita, detrarremo dalla somma dovuta per la copertura vita l'importo già versato in relazione alla prestazione per malattia terminale.

Oppure, se il dipendente sopravvive per più di 12 mesi, ci riserviamo il diritto di rivalutare la sua richiesta di pagamento di parte della somma in virtù dell'assicurazione per malattia terminale. Potremmo richiedere la restituzione dell'importo pagato se riteniamo che il dipendente non è più idoneo per questa copertura.

L'assicurazione per malattia terminale è disponibile solo come modulo aggiuntivo dell'assicurazione vita.

Indennità per morte accidentale

Questo tipo di assicurazione prevede il pagamento una tantum di una somma aggiuntiva all'assicurazione vita, che viene pagata ai beneficiari dell'assicurato se questi viene a mancare a seguito di un incidente e se la sua morte avviene entro 365 giorni da tale incidente.

L'ammontare dell'indennità per morte accidentale non potrà mai eccedere il massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni.

Indennità per mutilazione accidentale

Questo tipo di assicurazione prevede il pagamento una tantum all'assicurato di una somma (specificata sull'Elenco delle prestazioni) per la perdita di un arto o della funzionalità di un arto a causa di un incidente, a condizione che la mutilazione avvenga entro 365 giorni dall'incidente. Trova le informazioni complete sui massimali applicabili nell'Elenco delle indennità per mutilazione accidentale.

L'ammontare dell'indennità per mutilazione accidentale non potrà mai eccedere il massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni.



Lesioni multiple allo stesso arto

Nel caso in cui un assicurato sia vittima di un incidente o di vari incidenti che gli causano diverse lesioni o malattie, valuteremo ciascuna lesione o malattia separatamente. Tuttavia, l'ammontare dell'indennità che pagheremo per malattie o lesioni multiple ad uno stesso arto non potrà eccedere il massimale specificato per la perdita completa di quell'arto nella tabella di riferimento per l'indennità di mutilazione accidentale.



Lesioni non elencate nella tabella di riferimento per l'indennità di mutilazione accidentale

Se la lesione del caso non è elencata nella tabella, ne valuteremo il livello di gravità comparandola ad altre lesioni elencate in tabella. Pagheremo un'indennità non inferiore a quella prevista per lesioni simili elencate nella tabella.



Elementi aggravanti

Se la lesione o malattia derivante da incidente è resa ancora più seria perché l'assicurato ha già delle patologie preesistenti che contribuiscono ad aggravarla, il livello di gravità della lesione o della malattia verrà considerato uguale al livello di gravità della stessa lesione o malattia al colpire un arto o organo sano.

Indennità per morte e mutilazione accidentali

Se ad un assicurato paghiamo l'indennità per mutilazione accidentale e alla mutilazione fa seguito un decesso, dall'indennità da pagare per la morte accidentale sottrarreemo l'ammontare già pagato come indennità per la mutilazione accidentale.

Assicurazione per l'invalidità permanente

Questa assicurazione ha due varianti: **Invalidità permanente totale** e **Invalidità permanente parziale**.

Per entrambe le varianti, l'indennità prevista è il pagamento una tantum di una somma fissa prestabilita oppure di una percentuale del salario lordo annuale dell'assicurato. In entrambi i casi, si applica un massimale. Veda l'Elenco delle prestazioni per verificare che tipo di copertura è stata scelta dalla sua azienda in merito all'invalidità permanente.

Invalidità permanente e totale

Questa variante prevede il pagamento di una somma forfettaria ai dipendenti vittima di un incidente o malattia da cui deriva un'invalidità permanente e totale.

L'indennità viene pagata se si verificano tutte le condizioni elencate di seguito:

- il dipendente assicurato non è più in grado di svolgere le normali attività della propria occupazione e le normali attività di eventuali altre occupazioni adeguate alla formazione, abilità ed esperienza dell'assicurato;
- l'invalidità dell'assicurato è permanente, totale e irreversibile;
- l'invalidità rappresenta una perdita di entrate salariali per l'assicurato;
- il grado di serietà dell'invalidità è valutato da noi come superiore al 66,66%.

L'azienda può decidere di selezionare la copertura dell'invalidità permanente totale, ma non quella dell'invalidità permanente parziale.

La copertura dell'invalidità permanente totale termina una volta che il dipendente assicurato ha ricevuto il pagamento dell'indennità.

Invalidità permanente parziale

Questa variante prevede il pagamento di una somma forfettaria ai dipendenti vittima di un incidente o malattia da cui deriva un'invalidità permanente e parziale.

L'indennità verrà pagata se si verificano tutte le condizioni elencate di seguito:

- il dipendente assicurato non è più in grado di svolgere le normali attività della propria occupazione e le normali attività di eventuali altre occupazioni adeguate alla formazione, abilità ed esperienza dell'assicurato;
- l'invalidità dell'assicurato è permanente, parziale e irreversibile;
- l'invalidità rappresenta una perdita di entrate salariali per l'assicurato;
- il grado di serietà dell'invalidità è valutato da noi come superiore al 33,33%.

Se al pagamento dell'indennità per invalidità permanente parziale fa seguito una richiesta di pagamento dell'invalidità permanente totale, dalla somma da pagare per l'assicurazione di invalidità permanente totale sottrarre l'ammontare già pagato come indennità per l'invalidità permanente parziale.

L'assicurazione per l'invalidità permanente parziale può essere acquistata solo insieme all'assicurazione per l'invalidità permanente totale.

Come viene calcolata l'indennità per l'invalidità permanente?

L'indennità per invalidità permanente è calcolata in base:

- al grado di invalidità fisica o funzionale dell'assicurato;
- al tipo di invalidità occupazionale dell'assicurato.

Se il grado di invalidità permanente è inferiore al 33.33%

Non si ha diritto al pagamento dell'indennità.

Se il grado di invalidità permanente parziale è tra il 33.33% e il 66.66%

L'ammontare dell'indennità viene calcolato moltiplicando il grado di invalidità per il capitale assicurato.

Se il grado di invalidità permanente totale è superiore al 66.66%

Viene pagato il 100% del capitale assicurato.

L'indennità per l'invalidità permanente (tanto parziale quanto totale) non potrà mai eccedere il 100% del capitale assicurato indicato nell'Elenco delle prestazioni. Una volta pagata l'indennità, la copertura dell'assicurazione per invalidità permanente totale cessa e non è più possibile reclamare alcun pagamento in virtù di questa copertura.

Se l'azienda ha selezionato l'assicurazione per l'invalidità permanente come estensione dell'assicurazione per l'invalidità a breve termine e un dipendente rimane vittima di un caso di invalidità coperto da queste due assicurazioni, il pagamento dell'indennità permanente verrà effettuato solo al termine della copertura prevista dell'assicurazione per invalidità a breve termine.

Se il grado di invalidità è superiore al 33.33%, calcoleremo l'indennità basandoci sui valori riportati nell'Elenco delle indennità per mutilazione accidentale, nei casi in cui l'invalidità permanente sia relativa a:

- mutilazione;
- paralisi;

- anchilosi;
- amputazione.

Massimale complessivo di prestazione

Il massimale complessivo per l'assicurazione vita, morte accidentale, mutilazione accidentale e invalidità permanente è di 4 milioni di euro (per tutta la durata della vita del dipendente assicurato).

Assicurazione per l'invalidità a breve termine

Questa assicurazione offre protezione finanziaria a quei dipendenti dell'azienda che non sono più in grado di svolgere le normali attività del loro ruolo a causa di un incidente o una malattia. In virtù di questa assicurazione, una volta trascorso un periodo di differimento, pagheremo una rendita mensile in arretrato per un periodo massimo di 24 mesi. Per verificare quale periodo di differimento si applica, veda l'Elenco delle prestazioni.

Invalidità a lungo termine

Questa assicurazione offre protezione finanziaria a quei dipendenti dell'azienda che non sono più in grado di svolgere:

- le normali attività del loro ruolo;
- nessun altro ruolo adeguato alla loro formazione, capacità ed esperienza.

Pagheremo una rendita mensile in arretrato. Normalmente i pagamenti iniziano 24 mesi dopo l'incidente o la malattia (soggetto ad eventuale periodo di differimento) oppure quando i pagamenti dell'assicurazione per l'invalidità a breve termine (se selezionata dall'azienda) si concludono. La copertura termina il giorno in cui il dipendente assicurato compie 65 anni o raggiunge l'età specificata nel Contratto aziendale, se differente da questa.

Come viene calcolato l'ammontare della rendita per invalidità a breve o a lungo termine?

La rendita viene pagata mensilmente e corrisponde a una percentuale del salario lordo annuale che il dipendente assicurato riceve nella data in cui è avvenuto l'incidente o si è presentata la malattia (si applica un massimale mensile).

In alternativa, la rendita può corrispondere a una somma fissa prepagata (specificata nell'Elenco delle prestazioni) pagata a scadenza mensile. Nel caso in cui il dipendente assicurato riceva eventuali altre entrate salariali, alla rendita viene sottratta la cifra dell'entrata salariale percepita.

Laddove concordato dalla sua azienda, la rendita pagata per l'invalidità a lungo termine può essere incrementata per l'Anno assicurativo in base all'aumento del costo della vita, così come spiegato nel Contratto aziendale (soggetto ai termini del Contratto aziendale).

Da notare che il primo e l'ultimo pagamento della rendita sono calcolati su base *pro-rata*.

Parziale ritorno al lavoro

Se il dipendente assicurato che ha percepito la rendita per un'invalidità a breve o a lungo termine ritorna al lavoro su base part-time dietro certificato medico che lo dichiara idoneo a ritornare al lavoro benché inizialmente non a tempo pieno (e purché la nostra valutazione coincida con quella del medico), durante il periodo in cui lavorerà part-time pagheremo una porzione della rendita mensile per un massimo di tre mesi. Eventuali richieste per l'estensione dei pagamenti della rendita parziale per più di tre mesi verranno sottoposte alla valutazione del nostro Direttore medico.

Questa misura permette al dipendente assicurato di ritornare al lavoro gradualmente e senza traumi. I pagamenti della rendita parziale aiuteranno il dipendente a recuperare parte del salario non percepito a causa del lavoro part-time.

L'indennità per invalidità a lungo termine / a breve termine può essere richiesta quando si verificano tutte le condizioni a seguire:

- Il dipendente assicurato non è in condizione di lavorare durante tutto il periodo di differimento indicato nell'Elenco delle prestazioni, ma è in servizio attivo nella data in cui si verifica l'evento che dà inizio alla sua condizione di invalidità.
- La polizza è attiva e il dipendente è assicurato nella data in cui diventa impossibilitato a lavorare a causa dell'invalidità.
- La data in cui inizia l'invalidità è precedente a quella in cui il dipendente assicurato compie l'età massima per il diritto alla copertura.
- Il dipendente assicurato è in cura presso un medico qualificato.
- Il dipendente assicurato non sta svolgendo altre attività remunerative.

Da notare che la perdita della licenza professionale non è un evento coperto da questa assicurazione.

La rendita dell'invalidità smette di essere pagata quando si verifica uno dei seguenti eventi:

- Si esaurisce il periodo massimo di durata della copertura (indicato nell'Elenco delle prestazioni).
- Il dipendente assicurato compie l'età massima per l'idoneità alla copertura specificata nel Contratto aziendale.
- Il dipendente assicurato viene a mancare.

- Il dipendente assicurato ritorna al lavoro, così come da condizioni specificate nel suo contratto d'impiego, nel ruolo che aveva prima dell'invalidità (nel caso di invalidità a breve termine) o nel ruolo che aveva prima dell'invalidità o un ruolo adeguato (nel caso di invalidità a lungo termine).
- Il dipendente assicurato è in grado di ritornare al lavoro retribuito in seguito a guarigione, operazione chirurgica o trattamento medico.

La corresponsione di pagamenti retroattivi è limitata ad un mese.

Ricadute

Se l'assicurato ritorna al lavoro, il pagamento della rendita dell'invalidità si estingue. In caso di ricadute, il pagamento ricomincia (stessa somma di prima) senza che si applichino periodi di differimento, ma solo fino al raggiungimento del periodo massimo di copertura indicato nell'Elenco delle prestazioni. Questo a condizione che il ritorno al lavoro sia stato per meno di 60 giorni e che la causa del nuovo periodo di invalidità sia una ricaduta della stessa malattia o lesione di prima.

Riscatto dei contributi pensionistici

Questa opzione assicurativa offre all'azienda l'esonero dal pagamento dei contributi pensionistici per eventuali dipendenti che stanno ricevendo i pagamenti dell'indennità per l'invalidità a breve o lungo termine. Pagheremo noi il contributo al fondo pensione: la somma che pagheremo sarà una percentuale del salario annuale del dipendente (o la cifra fissa pre-pattuita indicata nell'Elenco delle prestazioni, se inferiore). Il pagamento, tanto del nostro contributo al fondo pensione quanto dell'indennità per l'invalidità, verrà effettuato all'azienda.

I pagamenti si interrompono quando si verifica una qualsiasi delle seguenti condizioni:

- il dipendente assicurato raggiunge l'età massima specificata nel Contratto aziendale;
- il dipendente assicurato viene a mancare;
- il dipendente assicurato ritorna a lavorare;
- il dipendente assicurato smette di lavorare per l'azienda;
- il dipendente assicurato smette di aderire al programma pensionistico dell'azienda;
- i pagamenti dell'indennità per l'invalidità a breve o lungo termine si esauriscono.

Per richiederci il pagamento dei contributi al fondo pensione in virtù dell'esonero dell'azienda, deve esserci inoltrato il documento che attesti che il dipendente in questione aderisce correntemente al fondo pensione dell'azienda e che l'adesione sia avvenuta in una data precedente a quella in cui è diventato invalido.

Si applicano le seguenti condizioni:

- Una volta trascorso il periodo di differimento, il pagamento è effettuato mensilmente in via posticipata.
- Si applica un periodo di differimento che è specificato nell'Elenco delle prestazioni.
- L'opzione assicurativa di esonero dal pagamento dei contributi pensionistici non si applica a eventuali contributi pagati dal dipendente o a contributi aggiuntivi volontari.
- A scopo della valutazione del rischio assicurativo, questa opzione assicurativa per l'esonero dell'azienda dal pagamento dei contributi pensionistici viene inclusa nel pacchetto base di coperture su cui si calcola il capitale assicurato totale per la polizza.

Valutazione dello stato di salute

Cos'è la valutazione dello stato di salute?

È il procedimento che utilizziamo per determinare il reale rischio assicurativo quando riceviamo una nuova richiesta di copertura, che consiste nel prendere in considerazione la storia clinica e altri dati della persona che chiede di essere assicurata.

Questo allo scopo di individuare se ci sono delle malattie preesistenti e quindi stabilire se:

- possiamo assicurare il richiedente offrendogli l'intero capitale assicurato;
- ci sono delle condizioni particolari da applicare alla copertura che possiamo offrire.

Chi è soggetto alla valutazione dello stato di salute?

La polizza acquistata dall'azienda copre il capitale assicurato (cioè tutte le prestazioni offerte ai dipendenti assicurati e eventuali loro familiari inclusi in copertura), fino ad un limite massimo prestabilito, chiamato Limite di accettazione automatica.

Se un dipendente che richiede di essere incluso nella polizza desidera avere una copertura superiore che eccede il Limite di accettazione automatica, dovrà sottoporsi a valutazione dello stato di salute.

Se l'azienda non ha selezionato un Limite di accettazione automatica, allora tutti i dipendenti che richiedono copertura dovranno sottoporsi a valutazione dello stato di salute.

La valutazione dello stato di salute si applica anche quando il capitale assicurato per un determinato dipendente incrementa durante la durata della polizza.

Quando è richiesta la valutazione dello stato di salute, il dipendente deve dichiarare tutte le sue patologie preesistenti. La mancata dichiarazione di patologie preesistenti può determinare il rifiuto di future richieste di pagamento.

Cosa succede se non ci si attiene al procedimento di valutazione dello stato di salute?

- Se non riceviamo il Modulo di sottoscrizione debitamente compilato entro 30 giorni dalla richiesta di copertura:
 - se la polizza dell'azienda ne prevede uno, il capitale assicurato equivale al Limite di accettazione automatica;
 - se la polizza dell'azienda non prevede un Limite di accettazione automatica, la richiesta di copertura viene archiviata poiché si presume che il dipendente/l'azienda non intenda più procedere.
- Quando, a seguito della nostra valutazione del Modulo di sottoscrizione, sia necessaria ulteriore documentazione di supporto dal dipendente che richiede copertura, quest'ultimo ha a disposizione un periodo di tempo per inoltrare i documenti richiesti. Se ciò non avviene o non avviene entro il periodo prestabilito:
 - se la polizza dell'azienda ne prevede uno, il capitale assicurato equivale al Limite di accettazione automatica;
 - se la polizza dell'azienda non prevede un Limite di accettazione automatica, la richiesta di copertura viene archiviata poiché si presume che il dipendente/l'azienda non intenda più procedere.

Esenzione dal ripetere la valutazione dello stato di salute: per i dipendenti dell'azienda inclusi nella polizza aziendale dietro valutazione dello stato di salute a cui sono stati offerti i termini e le condizioni standard dell'assicurazione, si può richiedere l'incremento del 20% della loro copertura in qualsiasi anno solare, senza la necessità di sottoporli nuovamente alla valutazione dello stato di salute. Per tutta la durata della polizza del dipendente assicurato, l'esenzione dal ripetere la valutazione dello stato di salute ha un limite di capitale assicurato di 250.000 € per l'assicurazione vita e invalidità permanente totale, e di 20.000 € per l'assicurazione di invalidità a lungo termine o a breve termine (salvo quando diversamente indicato nel Contratto aziendale). Questa esenzione non si applica ai dipendenti dell'azienda inclusi nella polizza aziendale dietro valutazione dello stato di salute a cui sono stati offerti termini e condizioni speciali, sovrapprezzi del premio o esclusioni speciali dalla copertura. Una volta raggiunto il limite di cui sopra o nei casi in cui il dipendente in questione non è idoneo all'esenzione, eventuali incrementi del capitale assicurato saranno soggetti a valutazione dello stato di salute. **L'esenzione dal ripetere la valutazione dello stato di salute non è disponibile per le opzioni di copertura che il dipendente sceglie in maniera volontaria.**

Stesse condizioni di copertura: quando una nuova azienda ci richiede un preventivo per una copertura assicurativa, potremo decidere di offrire o meno le "stesse condizioni di copertura". Ciò significa che continueremo a offrire le stesse condizioni di copertura e lo stesso Limite di accettazione automatica offerto dall'attuale compagnia assicurativa dell'azienda.

Per maggiori informazioni, consulti la nostra [Guida alla valutazione dello stato di salute per l'assicurazione vita e invalidità](#).



Procedura per richiedere il pagamento di rendite e indennità

Relativamente al pagamento delle rendite dell'assicurazione vita e invalidità, per favore noti che:

- Salvo quando diversamente specificato dalla documentazione di polizza, è responsabilità dell'azienda informarci e inviare tutta la documentazione necessaria per richiedere il pagamento della rendita entro sei mesi dalla data in cui si verifica l'evento alla base della richiesta di pagamento. Se l'azienda non ci informa dell'evento entro sei mesi come sopra indicato, non saremo responsabili del pagamento di alcuna rendita o indennità. Questa condizione si applica indipendentemente dal fatto che l'azienda sia a conoscenza o meno dell'evento al momento in cui si verifica o che abbia chiaro se l'evento darà adito o no a una richiesta legittima di pagamento di indennità o rendite entro lo scadere del suddetto periodo di sei mesi.
- Salvo quando diversamente specificato, Allianz Partners non ha alcun obbligo contrattuale e assicurativo in riferimento a eventi che si verificano dopo la data di scadenza della copertura assicurativa.
- L'azienda ha l'obbligo di conservare le copie originali della documentazione di supporto (ad esempio, delle ricevute di pagamento) che ci inoltra: abbiamo il diritto di richiedere la visione delle copie originali fino a 12 mesi dopo la liquidazione del pagamento a scopo di investigazione contro frodi. Si consiglia di conservare copia di tutta la corrispondenza intercorsa con noi, in quanto decliniamo ogni responsabilità per la corrispondenza che non riceviamo per ragioni al di fuori del nostro controllo.
- I pagamenti di rendite e indennità sono effettuati nella valuta specificata nel Contratto aziendale.
- L'azienda si impegna ad assisterci nell'ottenere tutte le informazioni necessarie all'evasione delle richieste di pagamento di rendite e indennità. Ci riserviamo il diritto di accedere a tutta la documentazione clinica disponibile e a metterci direttamente in contatto con la struttura sanitaria o il medico curante del dipendente della sua azienda che richiede il pagamento. Ove necessario, ci riserviamo il diritto di richiedere, a nostre spese, una visita medica presso uno dei nostri consulenti medici indipendenti. Tutte le informazioni fornite saranno trattate con la massima riservatezza. Se l'azienda o il dipendente assicurato non ci forniscono le informazioni di cui abbiamo bisogno, ci riserviamo il diritto di sospendere la copertura.

- Abbiamo il diritto di applicare restrizioni al capitale assicurato se il salario annuo lordo del dipendente aumenta nei tre mesi precedenti la richiesta di pagamento di un'indennità o rendita e se l'aumento:
 - non è dovuto a una normale revisione salariale annuale, o;
 - non può essere giustificato come necessario o appropriato, o;
 - determina l'incremento del capitale assicurato del dipendente fino ad eccedere il Limite di accettazione automatica, senza previa valutazione o accettazione da parte nostra.

In questi casi, l'ammontare del capitale assicurato rimarrà inalterato e uguale alla somma coperta prima che si verificasse l'aumento del salario.

- L'azienda è responsabile del pagamento delle rendite e indennità ai dipendenti assicurati e ai beneficiari. L'azienda è inoltre responsabile della presentazione di eventuali dichiarazioni dei redditi associati a questa assicurazione. Non siamo responsabili di applicare trattenute delle tasse ai pagamenti di indennità e rendite, né di presentare eventuali dichiarazioni dei redditi associati a questa assicurazione. I nostri obblighi verso l'azienda e le persone assicurate terminano quando l'azienda riceve il pagamento della relativa indennità o rendita.

Come richiedere il pagamento delle indennità e rendite

Comprendiamo l'importanza di fornire il supporto adeguato in un momento di difficoltà, quando una persona del proprio team o uno dei loro cari sta affrontando la procedura per richiedere il pagamento della rendita dell'assicurazione vita e invalidità. Per questo, il nostro obiettivo è garantire che la procedura sia semplice ed efficiente.

Le richieste di pagamento possono essere facilmente inoltrate tramite il nostro portale Embrace (disponibile solo in inglese):

1. basta accedere al sito web www.allianzcare.com/ldadd-claims;
2. inserire i dati richiesti;
3. e caricare la documentazione di supporto.

Il nostro portale Embrace consente anche di seguire in tempo reale lo stato di avanzamento di tutte le richieste inoltrate, oltre che contattare online il nostro team in caso di domande.

Per le richieste di pagamento della rendita non inoltrate tramite il portale, dovranno esserci recapitati i seguenti documenti:

	Vita	Malattia terminale	Morte accidentale	Mutilazione accidentale
Cedolino/avviso di pagamento dello stipendio della persona assicurata per i tre mesi precedenti l'evento	✓	✓	✓	✓
Copia originale o fotocopia autenticata* di un valido documento d'identità della persona assicurata (ad esempio passaporto, patente di guida o carta d'identità)	✓	✓	✓	✓
Modulo di Richiesta di pagamento della rendita per l'assicurazione vita e morte accidentale, debitamente compilato	✓	X	✓	X
Copia autenticata* del certificato di morte	✓	X	✓	X
Modulo di Richiesta di pagamento dell'indennità per l'assicurazione di malattia terminale, debitamente compilato	X	✓	X	X
Certificazione del medico sulla malattia terminale del paziente, debitamente compilata	X	✓	X	X
Verbale di polizia/dell'incidente (nel caso di un incidente)	✓	✓	✓	✓
Modulo di Richiesta di pagamento della rendita per l'assicurazione di mutilazione accidentale, debitamente compilato	X	X	X	✓
Certificazione del medico sulla mutilazione accidentale, debitamente compilata	X	X	X	✓
Eventuale ulteriore documentazione richiesta	✓	✓	✓	✓

	Invalità a breve termine	Invalità a lungo termine	Invalità permanente
Cedolino/avviso di pagamento dello stipendio della persona assicurata per i tre mesi precedenti l'assenza dal lavoro	✓	✓	✓
Copia originale o fotocopia autenticata* di un valido documento d'identità della persona assicurata (ad esempio passaporto, patente di guida o carta d'identità)	✓	✓	✓
Modulo di Richiesta di pagamento della rendita per l'assicurazione di invalidità, debitamente compilato	✓	✓	✓
Dichiarazione della società per l'assicurazione di invalidità del dipendente, debitamente compilato	✓	✓	✓
Breve descrizione del ruolo svolto dal dipendente assicurato	✓	✓	✓
Certificazione del medico sull'invalidità del paziente, debitamente compilata	✓	✓	✓
Verbale di polizia/dell'incidente (nel caso di un incidente)	✓	✓	✓
Eventuale ulteriore documentazione richiesta	✓	✓	✓

*Accetteremo copie autentiche di documenti quando l'autenticazione è firmata da: polizia, cancelliere di tribunale, notaio, avvocato praticante, ambasciata, ufficio consolare, commissario di giuramento.

La copia autenticata deve essere firmata, datata e timbrata. In alcuni casi, potremo richiedere che la copia autenticata sia anche certificata e vidimata da un legale. Potremo richiedere ulteriori informazioni in merito all'autenticazione, certificazione o vidimazione.

Quando vengono pagate le indennità e le rendite dell'assicurazione vita, morte accidentale e mutilazione accidentale?

Nel caso di decesso, decesso accidentale o mutilazione accidentale di un dipendente, l'azienda deve informarci per iscritto entro sei mesi dall'accaduto. Per richiedere il pagamento delle rendite e indennità corrispondenti, l'azienda deve inoltre inviarci la documentazione richiesta nelle tabelle precedenti.

La liquidazione del pagamento avviene dopo che abbiamo valutato il caso e verificato che la richiesta di pagamento sia legittima secondo i termini della polizza e il pagamento viene effettuato direttamente all'azienda.

Quando viene pagata l'indennità dell'assicurazione per malattia terminale?

Se a un dipendente dell'azienda viene diagnosticata una malattia terminale, l'azienda deve informarci per iscritto il più presto possibile. Per richiedere il pagamento dell'indennità corrispondente, l'azienda deve inoltre inviarci la documentazione richiesta indicata nelle tabelle precedenti.

La liquidazione del pagamento avviene dopo che abbiamo valutato il caso e verificato che la richiesta di pagamento sia legittima secondo i termini della polizza. L'indennità non può eccedere il massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni. Nel caso in cui esistano pareri medici discordanti in merito allo stato terminale del dipendente, il nostro Direttore medico deciderà se la malattia è da considerarsi terminale o no.

Se il dipendente sopravvive per 12 mesi o più, potremmo rivalutare il suo caso nuovamente e, se riscontriamo che il caso non è più legittimo secondo i termini di questa assicurazione, potremmo richiedere la restituzione delle somme pagate.

Quando viene pagata l'indennità dell'assicurazione per l'invalidità a breve termine?

L'azienda deve informarci per iscritto immediatamente se uno dei dipendenti assicurati presenta un certificato medico e inizia il periodo di assenza per malattia per le seguenti ragioni, qualunque sia quella di minore durata:

- periodo di assenza per malattia più lungo del periodo di differimento indicato nell'Elenco delle prestazioni;
- periodo di assenza per malattia superiore ai 30 giorni.

Per richiedere il pagamento dell'indennità corrispondente, l'azienda deve inviarci la documentazione richiesta indicata nelle tabelle precedenti. La liquidazione del pagamento avviene dopo che abbiamo valutato il caso e verificato che la richiesta di pagamento sia legittima secondo i termini della polizza.

Quando viene pagata l'indennità dell'assicurazione per l'invalidità a lungo termine?

L'azienda deve informarci per iscritto immediatamente se uno dei suoi dipendenti assicurati passa da una situazione di invalidità a breve termine a una situazione di invalidità a lungo termine. Per richiedere il pagamento dell'indennità corrispondente, l'azienda deve inviarci la documentazione richiesta indicata nelle tabelle precedenti. La liquidazione del pagamento avviene dopo che abbiamo valutato il caso e verificato che la richiesta di pagamento sia legittima secondo i termini della polizza.

Quando l'assicurazione copra solamente l'invalidità a lungo termine, l'azienda deve inviarci il modulo di Richiesta di pagamento della rendita per l'assicurazione di invalidità e la Dichiarazione della società per l'assicurazione di invalidità del dipendente (debitamente compilati) insieme a tutti i documenti indicati nella tabella precedente. La liquidazione del pagamento avviene dopo che abbiamo valutato il caso e verificato che la richiesta di pagamento sia legittima secondo i termini della polizza e una volta completato il periodo di differimento.

Quando viene pagata l'indennità dell'assicurazione per l'invalidità permanente?

L'azienda deve informarci per iscritto entro sei mesi se uno dei dipendenti assicurati è colpito da un'invalidità permanente. Per richiedere il pagamento dell'indennità corrispondente, l'azienda deve inviarci la documentazione richiesta nelle tabelle precedenti. Di norma valutiamo l'idoneità della richiesta di pagamento dell'indennità dopo 12 mesi; tuttavia, in alcuni casi particolari potremmo effettuare la valutazione dopo 24 mesi a seconda delle circostanze. La liquidazione del pagamento avviene dopo che abbiamo valutato il caso e verificato che la richiesta di pagamento sia legittima secondo i termini della polizza.

Valutazione della legittimità delle richieste di pagamento di rendite e indennità

Perché possiamo valutare se la richiesta di pagamento di una rendita o indennità è legittima ai sensi della polizza, il dipendente assicurato deve sottoporsi dietro nostra richiesta e a nostre spese a una visita medica condotta da un medico o specialista indipendente da noi scelto.

Una volta determinato che la richiesta di pagamento è valida e legittima, pagheremo l'indennità o rendita dovuta secondo i termini della polizza, nella valuta accordata nel Contratto aziendale.

Il pagamento dell'indennità dell'assicurazione per l'invalidità è soggetto all'opinione del medico o specialista indipendente da noi scelto per la visita medica dell'assicurato; è inoltre soggetto alla nostra approvazione a seguito della valutazione del medico o specialista. Se l'azienda e/o il dipendente assicurato contestano l'opinione del medico o specialista indipendente, possono inoltrare a loro spese la relazione di un altro medico o specialista di loro scelta che fornisca un'opinione alternativa sull'elemento della disputa.

In questo caso, potremo richiedere al dipendente assicurato di sottoporsi, a nostre spese, a un'ultima visita medica condotta da un terzo medico o specialista indipendente. L'opinione di questo terzo medico o specialista, alla luce delle relazioni dei medici o specialisti precedenti, sarà considerata definitiva e conclusiva.

Se lo riteniamo necessario, abbiamo il diritto di richiedere in qualsiasi momento che il dipendente assicurato che sta ricevendo il pagamento dell'indennità si sottoponga a visita medica. Se il dipendente non si sottopone alla visita medica entro un mese dalla richiesta, abbiamo il diritto di sospendere o cancellare i pagamenti fino a quando la visita medica viene effettuata e ne riceviamo il referto del medico; a quel punto, i pagamenti ricominceranno ma eventuali arretrati saranno limitati ad un mese.

Sospensione dei pagamenti dell'indennità per l'invalidità

I pagamenti dell'indennità per l'invalidità vengono sospesi se il dipendente assicurato:

- rifiuta di seguire un programma di trattamento o riabilitazione che sia ragionevole e consuetudinario;
- non accetta alcuna ragionevole offerta di modificare il proprio ruolo o attività del proprio ruolo come da programma di riabilitazione al lavoro dell'azienda;
- rifiuta una formazione alternativa per ottenere le qualifiche per un altro tipo di occupazione, nel caso in cui diviene ragionevolmente evidente che il dipendente non sarà più in grado di tornare ad occupare il suo posto originario durante il periodo coperto dalla rendita di invalidità indicato nel Contratto aziendale;
- viene dichiarato idoneo per ritornare al lavoro in base ai referti medici che ci sono stati presentati (laddove applicabile).

Pagamento del premio

I premi devono essere pagati in anticipo rispetto al periodo di copertura al quale si riferiscono, nella valuta indicata nel Contratto aziendale e in conformità ai termini e alle condizioni di pagamento. L'azienda è inoltre responsabile del pagamento di eventuali tasse e imposte governative (ritenute d'acconto incluse) applicabili al premio del programma assicurativo aziendale. Allianz Partners richiede il pagamento completo del premio comprensivo di tasse da parte dell'azienda assicurata.

L'ammontare delle tasse sul premio assicurativo o altre imposte governative applicabili potrebbero cambiare durante il periodo in cui l'azienda è assicurata, e l'azienda continuerà ad essere sempre responsabile dei pagamenti delle tasse e delle imposte. Eventuali importi aggiuntivi del premio assicurativo da pagare ad Allianz Partners per l'inclusione di nuovi assicurati nella polizza aziendale, o eventuali importi da sottrarre al premio già pagato e da rimborsare all'azienda contraente per la rescissione di assicurati dalla polizza aziendale saranno calcolati e pagati in maniera *pro-rateata*.

Cancellazione della polizza per mancato pagamento del premio

Il mancato pagamento del premio dovuto per la polizza assicurativa dell'azienda entro i termini stabiliti dal Contratto aziendale comporta la cancellazione della polizza. Inoltre:

- la liquidazione delle richieste di pagamento di rendite e indennità nuove/esistenti può essere respinta o ritardata a causa del mancato pagamento del premio dovuto;
- una volta terminato il periodo di validità di una polizza, la sottoscrizione di una nuova polizza non può essere retrodata così da coprire eventuali richieste di pagamento che si sono verificate durante il periodo successivo alla scadenza della polizza.

Gestione della polizza

Assegnazione della polizza in pegno a istituzioni finanziarie

Nessuna parte del programma assicurativo acquistato dalla sua azienda, né delle polizze dei singoli dipendenti aziendali che aderiscono al programma assicurativo può essere assegnato in pegno ad istituzioni finanziarie in relazione a fondi fiduciari, ipoteche o debiti (ad esempio, i dipendenti assicurati non possono utilizzare l'assicurazione vita fornita tramite questa polizza di gruppo per richiedere un mutuo a una banca).

Includere dipendenti nel programma assicurativo aziendale

Prima che il Contratto aziendale entri in vigore, l'azienda deve inviarci per iscritto una lista dei suoi dipendenti che rispondono ai criteri di idoneità stabiliti nel Contratto aziendale. per essere inclusi nel programma assicurativo aziendale. Quando solamente una parte dei dipendenti dell'azienda risponda ai criteri di idoneità, il Contratto aziendale dovrà indicare e delineare quali categorie di dipendenti corrispondano al profilo di idoneità.

Nota: l'inclusione in copertura dal primo giorno di idoneità di quei dipendenti che diventano idonei a essere assicurati è responsabilità dell'azienda.

Aggiungere familiari a carico

I dipendenti dell'azienda possono richiedere di includere i loro familiari a carico nella polizza vita (condizione soggetta a valutazione dello stato di salute). La richiesta deve pervenirci tramite l'azienda e deve essere prevista dal Contratto aziendale.

Cambi nel profilo degli assicurati o nella polizza aziendale

L'azienda deve informarci per iscritto ogni volta che sia necessario effettuare delle modifiche, come ad esempio aggiungere o rimuovere dipendenti dalla copertura, entro quattro settimane dalla data in cui un dipendente diventa idoneo o smette di essere idoneo per la copertura, o dalla data in cui entrano in vigore altri cambi nella polizza aziendale come, ad esempio, l'aggiunta di un familiare a carico in copertura. Se veniamo informati dopo le quattro settimane stabilite, ci riserviamo il diritto di aggiungere, rescindere o effettuare cambi nel profilo del dipendente con effetto a partire dalla data in cui ci viene comunicato.

L'azienda continua a rimanere responsabile del pagamento del premio così come calcolato e fatturato prima dell'aggiunta, cambio o rescissione fino alla data della comunicazione.

Non è possibile retrodatare cambi e rescissioni una volta che sono state lavorate delle richieste di pagamento di indennità o rendite. Inoltre, non è possibile retrodatare la data di inizio della copertura degli assicurati per fare in modo che incidenti, malattie, invalidità e decessi accaduti prima dell'inizio della copertura ricadano nell'ambito della polizza.

Cambiare il Paese di residenza

È importante che l'azienda ci informi se uno dei suoi dipendenti assicurati cambia Paese di residenza: il cambio potrebbe avere un impatto sul premio, l'idoneità alla copertura e la liquidazione delle richieste di pagamento anche se il dipendente si trasferisce in un Paese incluso nella sua area geografica di copertura.

In alcuni Paesi la copertura è soggetta a delle restrizioni legali locali che si applicano soprattutto a coloro che sono permanentemente residenti in quel Paese. È responsabilità del dipendente assicurato informare l'azienda di ogni cambio di Paese di residenza per accertarsi che la sua copertura vita e invalidità sia idonea a fini di legge. Se il dipendente dovesse avere dei dubbi in merito, consigliamo di rivolgersi a un consulente legale, dal momento che potremmo trovarci nell'impossibilità di continuare ad offrire la copertura assicurativa.

Cambiare indirizzo o indirizzo e-mail

L'azienda dovrà comunicarci il più presto possibile per iscritto qualsiasi variazione di indirizzo (casa, ufficio o e-mail) dei suoi dipendenti assicurati.

Corrispondenza

Se vuole scriverci, per favore lo faccia tramite e-mail o posta (con l'affrancatura pagata). Normalmente non restituiamo i documenti originali al mittente, ma se ce lo chiede lo faremo.

Rinnovi

Prima della data di rinnovo del programma assicurativo aziendale, invieremo all'azienda una lista dei dipendenti assicurati, così come risulta nel nostro sistema. L'azienda è tenuta a controllare la lista e indicare eventuali nuovi assicurati da aggiungere in copertura, cambi da effettuare e cancellazioni da registrare. Se l'azienda non ci informa delle modifiche e degli aggiornamenti necessari prima della data del rinnovo, ci riserviamo il diritto di rinnovare il contratto assicurativo sulla base del più recente elenco degli assicurati disponibile.

Se utilizza il nostro modello di amministrazione semplificata, faccia riferimento al Contratto aziendale per tutte le informazioni sul procedimento di rinnovo.

Cancellare la copertura

L'azienda può cancellare la copertura di qualsiasi assicurato dandocene notifica scritta. Inoltre, la copertura viene cancellata automaticamente per l'assicurato se:

- il Contratto Aziendale non viene rinnovato al termine dell'Anno assicurativo;
- l'azienda decide di cancellare la copertura o non rinnova la copertura dell'assicurato;
- l'azienda non paga il premio o qualsiasi altro importo dovuto così come da Contratto aziendale;
- l'assicurato smette di essere idoneo alla copertura così come da termini e condizioni indicati nel Contratto aziendale;
- l'assicurato raggiunge il limite massimo d'età indicato nel Contratto aziendale;
- l'assicurato viene a mancare.

Possiamo cancellare la copertura di un assicurato se abbiamo un motivo ragionevole di sospettare che ci ha ingannati o tentato di ingannare. Con il termine "ingannare" intendiamo l'atto di fornire false informazioni o di nascondere informazioni importanti, o l'atto di cooperare con terzi per fornirci informazioni false, tanto intenzionalmente quanto per negligenza, su quanto può influenzarci nel decidere:

- se includere o meno una persona nella copertura;
- l'ammontare del premio assicurativo da attribuire all'azienda;
- se siamo tenuti o meno al pagamento di indennità o rendite.

Altre condizioni che si applicano al programma assicurativo

Giurisdizione: il contratto assicurativo è soggetto alle leggi e ai tribunali del Paese indicato nel Contratto aziendale, eccetto nei casi in cui la legge imponga diversamente. Eventuali controversie che non possano essere risolte diversamente devono essere sottoposte alla giurisdizione dei tribunali del Paese indicato nel Contratto aziendale.

Sospensione a causa di sanzioni: prestazioni, copertura e pagamenti a seguito di richieste di rimborso sono sospesi se qualsiasi elemento della copertura, prestazione, servizio, attività o attività correlata ci espone a:

- qualsiasi sanzione, divieto o restrizione applicabile ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite;
- sanzioni, leggi o regolamenti commerciali o economici dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

La sospensione continua fino alla cessazione di tali sanzioni, divieti o restrizioni.

Responsabilità della compagnia assicurativa: la nostra responsabilità nei confronti dell'azienda si limita alla copertura degli importi indicati nell'Elenco delle prestazioni e negli altri documenti di polizza. In nessun caso l'importo rimborsato complessivamente da Allianz Partners, dal programma sanitario pubblico e/o da altre assicurazioni potrà superare l'importo indicato nell'Elenco delle prestazioni.

Quando la copertura è fornita da terzi: potremmo rifiutare il pagamento di indennità e rendite se l'assicurato ha diritto a ricevere il pagamento delle stesse da:

- la previdenza sociale;
- altre polizze assicurative;
- altri terzi.

Se ciò è il caso del suo dipendente, il dipendente deve comunicarcelo e fornirci tutte le informazioni necessarie attraverso l'azienda.

Il dipendente, l'azienda, i beneficiari del dipendente e il terzo non possono prendere accordi sul pagamento delle rendite o indennità o ignorare il nostro diritto di recuperare gli importi pagati, senza avere ottenuto il nostro benestare per iscritto. Altrimenti avremo il diritto di esigere dal dipendente o dai suoi beneficiari il risarcimento degli importi che abbiamo pagato e di annullare la polizza.

Abbiamo il diritto di richiedere il rimborso da qualsiasi terzo degli importi che abbiamo pagato, se gli importi che abbiamo pagato sono coperti anche dal terzo. Questo procedimento si chiama surrogazione. Potremmo iniziare azioni legali a nome dell'assicurato o dei beneficiari, a nostre spese, per ottenere il rimborso.

Circostanze al di fuori del nostro controllo (forza maggiore): faremo sempre del nostro meglio per assisterla. Tuttavia, non siamo responsabili per ritardi o mancanze nell'esecuzione dei nostri obblighi nei suoi confronti nel caso di eventi di forza maggiore al di fuori del nostro controllo. Questo riguarda, a titolo di esempio, cose come avverse condizioni atmosferiche, inondazioni, slavine, terremoti, nubifragi, tempeste elettriche, incendi, subsidenze, epidemie, atti terroristici, ostilità militari (a prescindere dal fatto che una guerra sia dichiarata o meno), rivolte, esplosioni, scioperi o alterazioni dell'ordine dell'attività lavorativa, alterazioni dell'ordine civile, sabotaggi ed espropriazioni governative.

Dispute: Allianz Partners e l'azienda contraente si atterranno al protocollo di risoluzione di dispute delineato nel Contratto aziendale in riferimento a eventuali dispute che potrebbero sorgere in merito al programma assicurativo aziendale, con inclusione di differenze di opinione relative a:

- il parere medico relativo ai risultati di un incidente o malattia, o;
- un incidente, malattia, infortunio o decesso che origina una richiesta di pagamento di indennità e rendite;
- una patologia derivante da, o relazionata a, l'esecuzione di questo programma assicurativo aziendale.

Frode: non pagheremo alcuna rendita o indennità e ci riserviamo il diritto di cancellare la copertura di un dipendente assicurato se:

- la richiesta di pagamento è falsa, fraudolenta o intenzionalmente esagerata;
- l'azienda, l'assicurato o i beneficiari (o chiunque altro che agisce per conto dell'assicurato) usano mezzi fraudolenti per ottenere pagamenti ai sensi di questo programma assicurativo aziendale.

Ogni importo pagato prima della scoperta dell'atto fraudolento o dell'omissione diventerà immediatamente esigibile da noi.

Attenuanti: durante il periodo in cui l'assicurato è invalido e riceve la rendita dell'invalidità è tenuto a fare tutto ciò che sia possibile e ragionevole per:

- facilitare la propria guarigione, ad esempio sottoponendosi a un programma di trattamento o di riabilitazione ragionevole e consuetudinario per la propria condizione di invalidità e/o accettando eventuali ragionevoli offerte da parte della propria azienda di modificare e ridimensionare le attività normali della propria occupazione;
- ricevere una formazione alternativa per essere candidabile per un'occupazione diversa, se diviene evidente che l'assicurato non potrà guarire al punto da poter tornare ad occupare il suo posto originario durante il periodo coperto dall'assicurazione e indicato sul Contratto aziendale;
- ritornare a svolgere la propria occupazione o ottenere un'occupazione alternativa;
- ottenere entrate alternative.

Per "programma di trattamento ragionevole e consuetudinario" si intende un programma di trattamento che è:

- erogato e prescritto da un medico, e;
- del tipo usualmente praticato per la patologia/lesione in questione ed erogato con l'adeguata frequenza, e;
- necessario nell'opinione della compagnia assicurativa.


Informativa sulla protezione dei dati personali

L'Informativa sulla protezione dei dati spiega come proteggiamo la sua privacy e come trattiamo i dati dei suoi dipendenti. Le consigliamo di leggerla prima di condividere con noi qualsiasi dato personale.

Trova l'Informativa qui:

 www.allianzcare.com/it/privacy.html

In alternativa, può contattarci al telefono per richiederne una copia cartacea.


 +353 1 630 1305

Se ha delle domande su come utilizziamo i suoi dati personali, può contattarci tramite e-mail all'indirizzo:


 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Procedura per i reclami

In caso di commenti o reclami, non esiti a contattare la nostra Helpline. Se il problema non può essere risolto telefonicamente, può inviarti un'e-mail o una lettera ai seguenti recapiti:

 +353 1 630 1305

 client.services@e.allianz.com

 Customer Advocacy Team (Ufficio per la tutela del cliente), Allianz Partners, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda.

Abbiamo un protocollo interno per la gestione dei reclami.

Per maggiori informazioni, visitare:

 www.allianzcare.com/it/complaints.html

Se vuole può anche contattare la nostra Helpline per richiedere una copia cartacea della procedura.

Definizioni

Le seguenti definizioni si applicano ai nostri programmi di assicurazione vita e invalidità. Per verificare quali prestazioni sono coperte dal suo programma aziendale, consulti l'Elenco delle prestazioni. Quando le parole e le frasi che seguono appaiono in un documento di polizza, avranno sempre il significato che si definisce di seguito:

A

Adeguamento al costo della vita (indennità di contigenza)

Percentuale concordata nel Contratto aziendale, relativa all'incremento degli importi delle rendite dell'assicurazione dell'invalidità a lungo termine il cui pagamento potrebbe essere richiesto durante l'Anno assicurativo. L'indennità di contigenza è soggetta ai massimali indicati nell'Elenco delle prestazioni ed ai termini e alle condizioni delineati nel Contratto aziendale.

Anno assicurativo

Periodo che decorre dalla data di inizio fino alla data di scadenza del Contratto Aziendale.

Azienda

Compagnia o società, il cui nome viene specificato sul Contratto Aziendale, presso la quale lavora l'assicurato.

C

Capitale assicurato

Somma massima che la compagnia assicurativa si impegna a pagare all'assicurato nel caso in cui questi incorra in un rischio assicurato secondo i termini del Contratto aziendale. Il capitale assicurato è indicato nell'Elenco delle prestazioni.

Compagnia assicurativa

Allianz Partners.

Contratto Aziendale

Contratto sottoscritto dall'azienda per cui lavorano gli assicurati, in virtù del quale a questi ultimi viene garantita copertura. Il contratto stabilisce chi può essere assicurato, quando ha inizio la copertura, come questa deve essere rinnovata e come avviene il pagamento del premio.

D

Data di inizio del contratto aziendale

Data di inizio dell'Anno assicurativo specificata nel Contratto Aziendale.

Data di inizio della copertura

Data in cui inizia la copertura del singolo assicurato incluso nel programma aziendale.

Data di scadenza del contratto

Data in cui termina l'Anno Assicurativo, come indicato nel Contratto Aziendale.

Dipendente assicurato

Persona idonea alla copertura che è stata segnalata dall'azienda alla compagnia assicurativa, che è pertanto coperta conformemente ai termini e alle condizioni del Contratto Aziendale e per la quale l'azienda ha pagato il corrispondente premio assicurativo.

E

Entrate alternative

- Rendite per l'invalidità che il dipendente assicurato riceve dal governo, da un'altra compagnia assicurativa o dalla propria azienda.
- Qualsiasi tipo di retribuzione professionale.

F

Familiare a carico

Coniuge o partner (anche dello stesso sesso) del dipendente assicurato e/o i suoi figli di età inferiore ai 18 anni, o ai 26 anni se studenti a tempo pieno, finanziariamente dipendenti dal dipendente assicurato ed indicati come familiari a carico nella polizza.

I

Infortunio

Determinato da un evento imprevisto e fortuito, la cui causa è esterna al controllo dell'assicurato e indipendente dalla sua volontà e che causa all'assicurato una lesione o una malattia. La causa e i sintomi relazionati all'infortunio devono essere obiettivamente definibili dal punto di vista medico; devono inoltre essere diagnosticabili e richiedere una terapia.

In servizio attivo

Un dipendente si considera in servizio attivo quando:

- lavora;
- svolge tutte le mansioni proprie della sua professione;
- non sta lavorando contro il consiglio del medico.

L

Limite di accettazione automatica

Limite predefinito relativo alla somma assicurata. I dipendenti dell'azienda che richiedano di esseri assicurati per una somma al di sotto del limite di accettazione automatica vengono accettati in copertura senza necessità di valutare il loro stato di salute. Il limite di accettazione automatica è indicato nel Contratto Aziendale e può essere rivisto annualmente. Informiamo l'azienda per iscritto di eventuali cambi del Limite di accettazione automatica.

Limite massimo d'età

Età indicata nel Contratto Aziendale che, una volta compiuta dall'assicurato, rappresenta la fine della sua copertura.

M

Malattia terminale

Una malattia si considera allo stadio terminale quando è incurabile, in stato avanzato o in rapida progressione e, secondo il medico curante dell'assicurato e secondo il Direttore medico della compagnia assicurativa, determina un'aspettativa di sopravvivenza non superiore a 12 mesi.

Medico

Professionista in possesso di regolare abilitazione alla professione medica nel Paese in cui la esercita e che opera nei limiti previsti dalla stessa abilitazione.

N

Normali attività della propria occupazione

Doveri normalmente richiesti per l'esercizio di un'attività lavorativa che non possono essere ragionevolmente omessi o modificati.

O

Occupazione adeguata

Attività remunerata ragionevolmente adeguata al livello degli studi, delle competenze e dell'esperienza del dipendente assicurato.

Opzioni di copertura volontaria

Opzioni aggiuntive alla copertura scelta e concordata dall'azienda che il dipendente assicurato sceglie in aggiunta al suo programma assicurativo aziendale.

P

Patologie preesistenti

Patologie di cui uno o più sintomi si sono manifestati nel corso della vita della persona assicurata, indipendentemente dal fatto che sia ricorsa a un medico o no. Riterremo che una patologia è preesistente ogni volta che possiamo ragionevolmente presumere che il dipendente assicurato ne fosse a conoscenza prima dell'inizio della copertura.

Considereremo preesistenti anche le patologie che si manifestano nel periodo compreso tra la compilazione del modulo di sottoscrizione e la data tra le due indicate di seguito che si verifica per ultima:

- la data in cui approviamo la copertura della prestazione;
- la data in cui aggiungiamo la copertura della prestazione alla polizza di gruppo.

È quindi importante che, nei periodi sopra specificati, l'azienda e/o la persona che richiede copertura ci informino di eventuali cambi nello stato di salute della persona in questione o cambi di dati importanti (ovvero dati che potenzialmente potrebbero influenzare la nostra valutazione del rischio assicurativo e l'accettazione in copertura della persona in questione). Inoltre, abbiamo il diritto di richiedere alla persona che richiede copertura di fornire ulteriori informazioni quando necessario.

Se la richiesta di copertura è per un importo superiore al limite di accettazione automatica, prenderemo in considerazione tutte le patologie preesistenti ed eventuali altri fatti clinici rilevanti al fine della valutazione del rischio assicurativo per determinare le condizioni di accettazione della copertura. Se riteniamo, al termine della valutazione dello stato di salute, che possiamo accettare il richiedente in copertura solamente sulla base di condizioni particolari, informeremo l'azienda per iscritto.

La mancata dichiarazione di patologie preesistenti o dati importanti potrebbe invalidare le future richieste di pagamento di indennità e rendite e rendere nulla la copertura.

Periodo di differimento (per l'assicurazione dell'invalidità)

Periodo di tempo che inizia nella data in cui l'assicurato comincia la sua assenza dal lavoro per malattia in conseguenza di un incidente o di una patologia. Durante il periodo di differimento, l'assicurato non può ricevere la rendita dell'assicurazione dell'invalidità. Le prestazioni che sono soggette a periodi di differimento sono indicate nell'Elenco delle prestazioni.

Persone assicurate

I dipendenti assicurati e i loro familiari a carico, segnalati dall'azienda alla compagnia assicurativa e per i quali l'azienda ha pagato il corrispondente premio assicurativo.

Persone idonee alla copertura

Dipendenti dell'azienda (come definito nel Contratto aziendale) che presentano i requisiti per la copertura, ossia che:

- non hanno superato il limite massimo d'età indicato nel Contratto Aziendale;
- hanno un contratto di impiego a tempo indeterminato. Per l'assicurazione vita, morte accidentale, mutilazione accidentale e invalidità permanente si accettano in copertura anche i dipendenti con contratto a tempo determinato (purché superiore a sei mesi). Eventuali eccezioni alla copertura sono annotate nel Contratto aziendale;
- sono in servizio attivo;
- non stanno lavorando contrariamente al parere del medico.

Nota: l'inclusione in copertura dal primo giorno di idoneità di quei dipendenti che diventano idonei a essere assicurati è responsabilità dell'azienda.

I dipendenti dell'azienda idonei alla copertura che non sono in servizio attivo alla data di inizio del Contratto aziendale o alla data di inizio della copertura a causa di una malattia o invalidità certificata, saranno idonei per la copertura dopo un mese dall'essere ritornati in servizio attivo.

Propria professione

Professione che il dipendente assicurato svolge nel momento in cui si verifica la sua morte (per le assicurazioni vita e morte accidentale) o la sua mutilazione (nel caso dell'assicurazione per mutilazione accidentale) o nel momento in cui inizia la sua assenza dal lavoro per malattia dietro certificato medico (nel caso dell'assicurazione per l'invalidità a breve termine).

S

Salario annuo lordo

Salario percepito dal dipendente assicurato prima delle deduzioni fiscali, che include i bonus previsti nel contratto di impiego ed eventuali commissioni. Altri incentivi come l'auto aziendale, indennità di alloggio, straordinari o bonus discrezionali non vengono considerati. Laddove il salario venga pagato settimanalmente, il salario annuo lordo viene calcolato moltiplicando il salario settimanale per 52. Laddove l'assicurato riceve una paga giornaliera, il salario annuo lordo viene calcolato moltiplicando la paga giornaliera per 5 (in modo da ottenere il salario settimanale) e poi per 52.

Singolo evento

Incidente o catastrofe naturale che dura al massimo 72 ore consecutive. Nel caso delle catastrofi naturali, se la durata si estende oltre le 72 ore, la catastrofe naturale si considererà composta da vari singoli eventi della durata massima di 72 ore ciascuno. Il massimale di prestazione relativo al singolo evento è specificato nell'Elenco delle prestazioni.

Da notare che:

- in caso di tornado, uragano, ciclone o tempesta, le richieste di pagamento delle rendite vengono raggruppate in un singolo evento ove siano collegate alla medesima perturbazione atmosferica;
- in caso di terremoto, eruzione vulcanica o maremoto, le richieste di pagamento delle rendite vengono raggruppate in un singolo evento qualora l'epicentro sia unico e condiviso da tutte le zone colpite.

Esclusioni

Non pagheremo rendite e indennità se si riferiscono a incidenti, lesioni, malattie, mutilazioni o decessi dovuti a:

ABUSO DI SOSTANZE

Abuso di sostanze come alcol, solventi o sostanze stupefacenti. L'abuso di farmaci include l'abuso di tutti i farmaci legali o illegali assunti con o senza ricetta medica.

CONTAMINAZIONE CHIMICA E RADIOATTIVITÀ

Patologie derivanti, direttamente o indirettamente, da contaminazione chimica o radioattiva o da qualsiasi altro materiale nucleare, combustione nucleare compresa.

PARTECIPAZIONE PASSIVA AI RISCHI DI GUERRA

- Presenza in un Paese che il Governo britannico abbia invitato i propri cittadini ad evacuare e verso il quale abbia sconsigliato qualsiasi tipo di viaggio (questa condizione si applica all'assicurato indipendentemente dalla sua nazionalità);
- viaggio o permanenza per un periodo superiore a 28 giorni in un Paese o in un'area in cui il Governo britannico abbia sconsigliato qualsiasi tipo di viaggio che non sia essenziale.

La presente esclusione di partecipazione passiva ai rischi di guerra si applica indipendentemente dal fatto che l'incidente, la lesione, la malattia, la mutilazione o il decesso sia direttamente o indirettamente una conseguenza di guerre, tumulti, insurrezioni civili, atti criminali, terroristici o illegali o atti condotti per contrastare l'offensiva di una potenza straniera, indipendentemente dal fatto che la guerra sia stata dichiarata o meno.

PARTICIPAZIONE IN GUERRE O ATTI CRIMINALI

Partecipazione attiva alle seguenti attività, indipendentemente dal fatto che la guerra sia stata dichiarata o no:

- guerre;
- tumulti;
- insurrezioni civili;
- atti terroristici;

- atti criminali;
- atti illegal;
- atti condotti per contrastare l'offensiva di una potenza straniera.

PATOLOGIE CAUSATE INTENZIONALMENTE O LESIONI AUTO-PROVOCATE

Patologie causate intenzionalmente o lesioni auto-provocate, tentativi di suicidio compresi, durante il primo anno dalla data di inclusione dell'assicurato nel programma assicurativo. Questa esclusione si applica solo alle opzioni di copertura volontaria (ove approvate dall'assicuratore) quando il dipendente assicurato sceglie di stipulare un'assicurazione aggiuntiva rispetto a quella offerta dal piano aziendale.

VOLO IN AERONAVE

Volo in aeronave (elicotteri inclusi), eccetto nel caso in cui l'assicurato sia un passeggero e il pilota sia in possesso di regolare licenza, oppure sia un pilota militare e abbia presentato un piano di volo, ove richiesto dalle normative locali.

Nota: eventuali esclusioni aggiuntive potrebbero applicarsi in base al profilo di rischio dell'azienda o quando sia richiesta la valutazione dello stato di salute.

Tabella di riferimento per l'assicurazione per mutilazione accidentale

Casi in cui la rendita viene pagata parzialmente		% Percentuale corrispondente della somma assicurata	
1. Testa			
1.1	Perdita irreversibile della vista da un occhio	40%	
1.2	Perdita irreversibile dell'udito da un orecchio	30%	
1.3	Rimozione parziale della mandibola o delle ossa mascellari	40%	
1.4	Perdita di medula ossea dal cranio in tutto il suo spessore:		
	1.4.1 con superficie da 3cm ² a 5cm ²	20%	
	1.4.2 con superficie superiore a 5cm ²	40%	
2. Estremità superiori		Sinistra	Destra
2.1	Perdita di un braccio o di una mano	50%	60%
2.2	Perdita di un pollice	15%	20%
2.3	Perdita parziale di un pollice	5%	10%
2.4	Perdita definitiva di un osso del braccio	40%	50%
2.5	Perdita considerevole di due ossa dell'avambraccio	30%	40%
2.6	Paralisi		
	2.6.1 Paralisi di un arto superiore	55%	65%
	2.6.2 Paralisi del nervo radiale dell'avambraccio	25%	30%
	2.6.3 Paralisi del nervo ascellare	15%	20%
	2.6.4 Paralisi del nervo ulnare	25%	30%
	2.6.5 Paralisi del nervo radiale della mano	15%	20%
	2.6.6 Paralisi del nervo mediano	35%	45%
	2.6.7 Paralisi del nervo radiale del polso	35%	40%
2.7	Anchilosi		
	2.7.1 Polso in una posizione favorevole (diritta e con pronazione)	15%	20%
	2.7.2 Polso in una posizione non favorevole (flessa o storta o in posizione supina)	25%	30%
	2.7.3 Gomito in una posizione favorevole (con uno spostamento di 15 gradi dall'angolo retto)	20%	25%
	2.7.4 Gomito in una posizione non favorevole	35%	40%
	2.7.5 Spalla	30%	40%
	2.7.6 Pollice	15%	20%

2.8	Amputazione		
2.8.1	Perdita del dito indice	10%	15%
2.8.2	Perdita di due falangi del dito indice	8%	10%
2.8.3	Perdita della falange distale del dito indice	3%	5%
2.8.4	Perdita di un dito che non sia il pollice, l'indice o il medio	3%	7%
2.8.5	Perdita del pollice e dell'indice	25%	35%
2.8.6	Perdita di quattro dita della mano, pollice escluso	35%	40%
2.8.7	Perdita di quattro dita della mano, pollice incluso	40%	45%
2.8.8	Perdita di tre dita della mano, pollice e indice esclusi	15%	20%
2.8.9	Perdita di due dita della mano, pollice e indice esclusi	8%	12%
2.8.10	Perdita del pollice e di un altro dito della mano che non sia l'indice	20%	25%
2.8.11	Perdita del dito medio	8%	10%

3. Estremità inferiori

3.1	Perdita di un piede	45%
3.2	Perdita parziale di un piede	35%
3.3	Perdita di un osso della coscia o di entrambe le ossa della gamba	60%
3.4	Lesione della giuntura del ginocchio con significativa separazione dei frammenti e pronunciata difficoltà di movimento	40%
3.5	Lesione alla giuntura del ginocchio con limitazione del movimento	20%
3.6	Accorciamento di un'estremità inferiore	
3.6.1	oltre 3 cm	20%
3.6.2	oltre 5 cm	30%
3.7	Paralisi	
3.7.1	Di un'estremità inferiore	60%
3.7.2	Perdita del nervo sciatico popliteo esterno	30%
3.7.3	Perdita del nervo sciatico popliteo interno	20%
3.7.4	Paralisi totale di entrambi i nervi poplitei	40%
3.7.5	Perdita di tutte le dita del piede	25%
3.8	Anchilosi	
3.8.1	Anca	40%
3.8.2	Ginocchio	20%
3.8.3	Alluce	10%

Casi in cui la rendita viene pagata per intero

% Percentuale corrispondente della somma assicurata

4. Estremità superiori e inferiori

4.1	Perdita di entrambe le mani o di entrambi i piedi o della vista da entrambi gli occhi	100%
4.2	Perdita di entrambe le braccia o entrambe le gambe	100%
4.3	Perdita di entrambi i piedi	100%


4.4	Perdita di un braccio e di una gamba	100%
4.5	Perdita di un braccio e di un piede	100%
4.6	Perdita di un braccio e di una gamba	100%
4.7	Perdita di una mano e di un piede	100%
4.8	Rimozione della mandibola	100%
4.9	Perdita irreversibile della capacità di parlare a causa di un trauma	100%
4.10	Perdita irreversibile dell'udito da entrambe le orecchie	100%

Nota: per gli assicurati che sono mancini, la colonna relativa alla parte destra del corpo verrà considerata come se fosse la sinistra e viceversa, a condizione che dichiarino di essere mancini nel modulo inoltrato per richiedere il pagamento della rendita. L'ammontare totale della rendita non potrà mai eccedere il massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni.

Ci contatti pure – siamo qui per aiutarla!

Se ha delle domande, non esiti a contattarci:

Helpline (disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7 – per informazioni generali e per ricevere assistenza in caso di emergenza)

	Italiano:	+353 1 630 1305
	Inglese:	+353 1 630 1301
	Tedesco:	+353 1 630 1302
	Francese:	+353 1 630 1303
	Spagnolo:	+353 1 630 1304
	Portoghese:	+353 1 645 4040

Numeri verdi: www.allianzcare.com/it/pages/toll-free-numbers.html

Se non riesce a chiamare a questi numeri dal telefono cellulare, usi i numeri dell'Helpline indicati sopra.

Le chiamate alla nostra Helpline vengono registrate e potrebbero essere monitorate a fini di formazione del personale, di controllo qualità e a fini regolamentari. Solamente il titolare della polizza (o una persona da lui autorizzata) o l'Amministratore della polizza di gruppo può apportare cambiamenti alla polizza. Per questa ragione, alle persone che chiamano l'Helpline vengono poste delle domande di sicurezza per verificare la loro identità.

 client.services@e.allianz.com

 Allianz Partners, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda.

 www.allianzcare.com