



Guida alla valutazione dello stato di salute per l'assicurazione vita e invalidità

In questa guida trova le risposte alle domande più frequenti sul nostro protocollo di valutazione dello stato di salute.

1. Che cos'è la valutazione dello stato di salute?

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.

Lo scopo di questa procedura è 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.

2. Chi è soggetto alla valutazione dello stato di salute?

La polizza acquistata dalla sua azienda copre il capitale assicurato (cioè tutte le prestazioni offerte ai dipendenti assicurati ed 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

(in riferimento alla somma in eccesso del Limite di accettazione automatica).

Se la sua 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 delle patologie preesistenti può determinare il rifiuto di future richieste di pagamento.

Esempio:

Limite di accettazione automatica della polizza vita dell'azienda:	500.000 €
Capitale assicurato della polizza vita dell'azienda:	600.000 €
Importo in eccesso del Limite di accettazione automatica soggetto a valutazione dello stato di salute:	100.000 €

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

- a) 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.
- b) 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.

4. Come funziona il procedimento di valutazione dello stato di salute?

Passo 1 – Il richiedente compila il Modulo di sottoscrizione e lo invia all'indirizzo underwriting@e.allianz.com entro 30 giorni dalla nostra richiesta di compilazione del modulo.

Passo 2 – Esaminiamo il Modulo di sottoscrizione. A seconda dell'età del richiedente, del capitale assicurato che eccede il Limite di accettazione automatica e delle informazioni fornite, potremo contattare il richiedente per richiedere ulteriori documenti e/o informazioni.

Passo 3 – Il richiedente ci inoltra la documentazione aggiuntiva richiesta.

Passo 4 – Completata la valutazione dei requisiti e/o della documentazione fornita, informiamo il richiedente della nostra decisione e quale copertura possiamo offrirgli. La nostra decisione viene comunicata anche all'azienda (non riveliamo alcun dettaglio relativo alla storia clinica del richiedente).

5. Quale livello di copertura è offerto al richiedente durante il processo di valutazione dello stato di salute?

Per l'intera durata del procedimento di valutazione dello stato di salute, la copertura offerta al richiedente è

limitata al Limite di accettazione automatica (o al capitale inizialmente assicurato, se si tratta di una persona già assicurata per la quale si richiede un potenziamento della copertura già in vigore). Se, al termine del procedimento di valutazione dello stato di salute, confermiamo di accettare la copertura richiesta, cambieremo di conseguenza il livello di copertura del richiedente, che entrerà in vigore a partire dalla data di accettazione.

Se la polizza dell'azienda non prevede un Limite di accettazione automatica, il richiedente non avrà alcuna copertura fino a quando non si è concluso il procedimento di valutazione dello stato di salute.

6. Quali sono gli esiti possibili del processo di valutazione dello stato di salute?

Accettazione: al richiedente viene offerta la copertura richiesta, al costo (premio) standard.

Accettazione con applicazione di un sovrapprezzo: al richiedente viene offerta la copertura richiesta, a cui si applica un sovrapprezzo sul premio relativo all'importo in eccesso al Limite di accettazione automatica.

Rifiuto: al richiedente viene offerta copertura solo fino al Limite di accettazione automatica (se la polizza dell'azienda ne prevede uno).

Accettazione con applicazione di esclusioni: al richiedente viene offerta la copertura richiesta al costo (premio) standard, a cui si applica un'esclusione per determinate patologie o attività. L'esclusione si applica solo all'importo in eccesso del Limite di accettazione automatica.

Rinvio: nel caso in cui la valutazione medica non conduca a una decisione definitiva, al richiedente viene provvisoriamente offerta copertura solo fino al Limite di accettazione automatica; successivamente forniamo le indicazioni su cosa fare per gli ulteriori accertamenti necessari a completare il procedimento di valutazione dello stato di salute.

7. Se un assicurato ha già completato la valutazione dello stato di salute, dovrà ripetere il procedimento in futuro?

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.

La nostra decisione che deriva dalla valutazione dello stato di salute rimane valida finché il salario e/o il livello di copertura dell'assicurato non aumenta più del 20%; se aumenta, sarà necessaria una valutazione dello stato di salute per l'importo che eccede il 20%.

Esempio:

2024

Capitale assicurato del dipendente in base alla polizza vita dell'azienda:	600.000 €
Importo soggetto alla valutazione dello stato di salute:	600.000 €

Decisione: accettazione in copertura per un capitale assicurato di 600.000 € (che eventualmente può aumentare fino al Limite di assunzione del rischio di 720.000 €)

2025

Il capitale assicurato del dipendente in base alla polizza vita dell'azienda aumenta a 650.000 €. Siccome si tratta di un valore inferiore all'incremento del 20%, non è necessaria una nuova valutazione dello stato di salute e viene offerta la copertura completa.

2026

Il capitale assicurato del dipendente in base alla polizza vita dell'azienda aumenta a 730.000 €. Siccome si tratta di un valore superiore all'incremento del 20%, è necessaria una valutazione dello stato di salute per i 10.000 € che eccedono i 720.000 € accordati nel 2024.

8. 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.

9. Chi si farà carico delle spese del processo di valutazione dello stato di salute?

Eventuali costi di consulti ed esami richiesti per lo svolgimento della valutazione dello stato di salute devono essere pagati dal dipendente al medico o struttura sanitaria. Se il dipendente viene accettato in copertura, rimborsiamo i costi per le spese mediche che sono ragionevoli, consuetudinarie e conformi alle procedure mediche standard e generalmente accettate. Per richiedere il rimborso, il dipendente dovrà inviarci una copia della fattura che indica tutte le spese sostenute.

10. Quali referti o esami medici aggiuntivi potrebbero essere richiesti nell'ambito della valutazione dello stato di salute?

Possibile documentazione aggiuntiva*	Cos'è
Fascicolo sanitario del medico di famiglia (PMAR)	Documento (anche noto come referto del medico di base) compilato dal medico di famiglia in base alle informazioni già in suo possesso sulla storia clinica del dipendente. Non è necessaria la presenza fisica del dipendente presso l'ambulatorio medico.
Referto medico dell'esame obiettivo (MER)	Documento compilato durante un esame obiettivo eseguito dal medico di famiglia o da un altro medico scelto dal dipendente stesso.
Profilo lipidico a digiuno (FBL)	È un'analisi fatta tramite prelievo del sangue che richiede il digiuno dalle 12 alle 16 ore prima del prelievo. I risultati forniscono informazioni complete sui lipidi nel sangue, tra cui i valori di colesterolo (inclusi i valori HDL e LDL) e i trigliceridi.
Emocromo completo (FBC)	Emocromo che comprende esami biochimici ed ematologici.
Test PSA	Test dell'antigene prostatico specifico (solo per uomini).
Test dell'HIV	Test sierologico per HIV ed epatite B e C.
Elettrocardiogramma	Elettrocardiogramma a riposo e sotto sforzo.

*Ulteriori esami o referti medici possono essere richiesti a seconda del caso, così come evidenziato e comunicato dal nostro Ufficio anamnesi.

Ci contatti pure – siamo qui per aiutarla!

Per maggiori informazioni, non esiti a contattarci ai seguenti recapiti:

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

Numero di telefono

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 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.

 E-mail: disability.services@e.allianz.com

E-mail (Emirati Arabi Uniti): disability.services@e.international-healthcare.com

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

 www.allianzcare.com