



Guida alle prestazioni

Assicurazione internazionale vita e invalidità per dipendenti aziendali
Validità dal 1° gennaio 2022

Salve

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.

Un servizio di qualità	5
Termini e condizioni della copertura	6
Spiegazione della copertura	7
Prodotti assicurativi vita e invalidità	10
Valutazione dello stato di salute	17
Procedura per richiedere il pagamento di rendite e indennità	19
Pagamento del premio	25
Come gestire la polizza aziendale	26
Altre condizioni che si applicano al programma assicurativo	29
Informativa sulla protezione dei dati personali	32
Procedura per i reclami	33
Definizioni	34
Esclusioni	37
Tabella di riferimento per l'assicurazione per mutilazione accidentale	39

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 è una società a responsabilità limitata soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances") e opera sul mercato attraverso la sua succursale irlandese. Compagnia registrata in Francia con il numero: 401 154 679 RCS Bobigny. La succursale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda con il 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.



Un servizio di qualità

Per noi è importante fornire un servizio impeccabile a Lei e ai dipendenti della sua azienda.

In questa guida spieghiamo come funziona la nostra assicurazione vita e invalidità. La leggiamo per scoprire 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 chiami pure, siamo qui per assisterla!

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

 Se vuole può anche chiamarci da un numero verde. Trova la lista aggiornata dei nostri numeri verdi qui:
www.allianzcare.com/it/pages/toll-free-numbers.html

E-mail: client.services@allianzworldwidecare.com

 Fax: +353 1 630 1306



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. Nell'Elenco delle prestazioni 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 nella valuta selezionata dall'azienda nel Contratto aziendale.

Le parole tecniche usate nella documentazione di polizza sono spiegate nel capitolo "Definizioni" a pagina 34. Noti che con il termine "azienda" ci riferiamo alla compagnia o esercizio indicato come cliente nel Contratto aziendale.

I termini e le condizioni descritti in questa guida potrebbero essere di tanto in tanto aggiornati e modificati in seguito ad accordo tra l'azienda e Allianz Partners.

Spiegazione della copertura

I programmi selezionati dalla sua 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 (veda la pagina 34).

Cosa è coperto?

La sua polizza aziendale fornisce protezione e sicurezza finanziaria ai dipendenti dell'azienda e alle loro famiglie. La sua 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



Invalidità
permanente



Assicurazione vita
opzioni disponibili:



Invalidità a breve
termine



Invalidità a lungo
termine



Esonero dei contributi
al fondo pensione

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 è un pagamento in unica rata di una 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 un importo massimo che pagheremo al ricevere, anche da varie persone assicurate, molteplici richieste di pagamento di indennità che fanno tutte capo allo stesso incidente o disastro naturale.

Chi è coperto?

Sono coperti i dipendenti dell'azienda che presentano tutti i seguenti requisiti:

- 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 (per un periodo tuttavia superiore ai sei mesi). Eventuali eccezioni per la loro copertura sono annotate nel Contratto aziendale;
- sono in servizio attivo;
- non stanno lavorando contrariamente al parere del medico.

I dipendenti della sua azienda che rispondono a tutte le caratteristiche di cui sopra ma non sono in servizio attivo nella data di inizio del Contratto aziendale o nella data di inizio della copertura assicurativa a causa di una malattia o invalidità diventeranno idonei per la copertura dopo un mese dall'essere ritornati in servizio attivo.

L'assicurazione vita può essere estesa anche ai familiari dei dipendenti aziendali assicurati, se l'azienda lo ha concordato nel Contratto aziendale. Noti che non possiamo assicurare i familiari di un dipendente se il dipendente non è assicurato.

Per i dipendenti della sua azienda che desiderano richiedere una copertura superiore al Limite di accettazione automatica indicato nell'Elenco delle prestazioni, si applica il protocollo di valutazione dello stato di salute (veda la pagina 17).

La valutazione dello stato di salute può mettere in luce eventuali rischi assicurativi: in tal caso Allianz Partners si riserva 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 impedisce 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 quando l'assicurato compie 70 anni. Potremmo avere concordato un limite d'età diverso con la sua azienda, nel qual caso lo troverà indicato nel Contratto aziendale.

La copertura dell'assicurazione per **morte accidentale, mutilazione accidentale, invalidità permanente, invalidità a breve termine e invalidità a lungo termine** termina quando il dipendente compie 65 anni. Anche in questo caso, se abbiamo concordato un limite d'età diverso con la sua azienda, lo troverà indicato nel Contratto aziendale.

Prodotti assicurativi vita e invalidità

Veda l'Elenco delle prestazioni per verificare quali moduli di copertura sono stati scelti dalla sua 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. La cifra prestabilita può essere un importo fisso oppure può essere 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 della sua azienda ha ricevuto (dopo la data di inizio della copertura) la diagnosi di una malattia in fase terminale, paghiamo un anticipo sulla sua indennità dell'assicurazione vita. In caso di conseguente decesso del dipendente, paghiamo il rimanente della sua indennità di assicurazione vita ai suoi beneficiari.

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 nella tabella di pagina 39.

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 pre-esistenti 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 sottrareremo l'ammontare già pagato come indennità per la mutilazione accidentale.

Se a quanto sopra fa seguito una richiesta di pagamento dell'assicurazione vita, dalla somma da pagare sottrareremo l'ammontare già pagato come indennità per la mutilazione e la morte accidentali.

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. 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 totale

Questa variante offre protezione finanziaria ai dipendenti della sua azienda che sono vittime di un incidente o malattia da cui deriva un'invalidità permanente e totale.

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, 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 66,67%.

La sua azienda potrebbe aver selezionato la copertura dell'invalidità permanente totale, ma non quella dell'invalidità permanente parziale.

La copertura dell'invalidità permanente totale termina per il dipendente assicurato una volta che l'indennità è stata pagata.

Invalidità permanente parziale

Questa variante offre protezione finanziaria ai dipendenti della sua azienda che sono vittime 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 ad un assicurato paghiamo l'indennità per invalidità permanente parziale e l'invalidità progredisce in seguito in un'invalidità permanente totale, dall'indennità da pagare per l'invalidità permanente totale sottrarre il montante già pagato come indennità per l'invalidità permanente parziale.

Se a quanto sopra fa seguito un decesso e quindi una richiesta di pagamento dell'assicurazione vita, dalla somma da pagare sottrareremo l'ammontare già pagato come indennità per l'invalidità permanente parziale e/o totale.

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?

Viene calcolata in base a entrambi i seguenti fattori:

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

Se il grado di invalidità permanente è inferiore al 33.33%

L'indennità non verrà pagata.

Se il grado di invalidità permanente parziale è tra il 33.33% e il 66.67%

Calcoleremo l'ammontare dell'indennità moltiplicando il grado di invalidità per il capitale assicurato.

Se il grado di invalidità permanente totale è superiore al 66.67%

Pagheremo 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 la sua azienda ha selezionato l'assicurazione per l'invalidità permanente come estensione dell'assicurazione per l'invalidità a breve termine e un dipendente della sua azienda rimane vittima di un caso di invalidità coperto da queste due assicurazioni, il pagamento dell'indennità permanente gli 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 nella tabella a pagina 39, nei casi in cui l'invalidità permanente sia relativa a:

- mutilazione;
- paralisi;
- anchilosi;
- amputazione.

Assicurazione per l'invalidità a breve termine

Questa assicurazione offre protezione finanziaria ai dipendenti della sua 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.

Assicurazione per l'invalidità a lungo termine

Questa assicurazione offre protezione finanziaria ai dipendenti della sua azienda che non sono più in grado di svolgere:

1. le attività normali del loro ruolo;
2. 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 eventuali periodi di differimento) oppure quando i pagamenti dell'assicurazione per l'invalidità a breve termine (se selezionata dalla sua azienda) si concludono. La copertura termina quando il dipendente assicurato compie 65 anni. Se è stato accordato un limite d'età diverso con la sua azienda, ne troverà conferma nel Contratto aziendale.

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).

Alternativamente e a seconda della scelta della sua azienda, la rendita potrebbe corrispondere a una somma fissa prepattuita (specificata nell'Elenco delle prestazioni) pagata a scadenza mensile. Nel caso in cui il dipendente assicurato riceve eventuali altre entrate salariali, riduciamo la rendita sottraendo 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'incremento del costo della vita, così come spiegato nel Contratto aziendale.

Noti che il primo e l'ultimo pagamento della rendita sono calcolati su base prorata.

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 di estendere i pagamenti della rendita parziale per più 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 lo aiutano 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 non sta svolgendo alcun'altra mansione o attività remunerata.

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

La rendita dell'invalidità smetterà di essere pagata non appena 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 concordata con l'azienda e specificata nel Contratto aziendale.
- Il dipendente assicurato viene a mancare.
- In caso di invalidità a breve termine: il dipendente assicurato ritorna al lavoro così come da condizioni specificate nel suo contratto d'impiego, nel ruolo che aveva prima dell'invalidità.
- 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, e 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.

Esonero dei contributi al fondo pensione

Questa opzione assicurativa offre alla sua azienda l'esonero dal pagamento dei contributi al fondo pensione 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 situazioni:

- 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 la sua azienda;
- il dipendente assicurato smette di aderire al programma pensionistico della sua 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 inoltrarci un documento che dimostri che il dipendente in questione aderisce correntemente al fondo pensione dell'azienda e che vi ha aderito 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 sarà a scadenza mensile, e verrà effettuato alla fine del mese a cui si riferisce.
- Si applica un periodo di differimento che è specificato nell'Elenco delle prestazioni.
- L'opzione assicurativa di esonero dal pagamento del contributo al fondo pensione non si applica ad 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 al fondo pensione 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 quando riceviamo una nuova richiesta di copertura, che consiste nel prendere in considerazione la storia clinica e altri dati della persona che richiede di essere assicurata, per determinare il reale rischio assicurativo.

Valutiamo la storia clinica di coloro che ci richiedono copertura per individuare se ci sono delle malattie pregresse e quindi stabilire se:

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

Chi è soggetto a valutazione dello stato di salute?

La polizza acquistata dalla sua azienda copre il capitale assicurato (cioè tutte le prestazioni offerte ai dipendenti assicurati e ad eventuali loro familiari inclusi in copertura), fino ad un limite massimo prestabilito che viene 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 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.

Se un dipendente sceglie delle opzioni di copertura volontarie, dovrà anche in questo caso sottoporsi a valutazione dello stato di salute, salvo quando diversamente accordato nel Contratto aziendale.

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

Nei casi in cui il dipendente deve sottoporsi a valutazione dello stato di salute, deve dichiarare tutte le sue patologie pre-esistenti. La mancata dichiarazione delle patologie pre-esistenti potrebbe in seguito determinare il rifiuto del pagamento di indennità e rendite in virtù di questa assicurazione.

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, rilasceremo la copertura così come disponibile (ovvero con il Limite di accettazione automatica); altrimenti, se la polizza della sua azienda non ha un Limite di accettazione automatica, non lavoreremo la richiesta di copertura del dipendente in questione e di fatto la archiveremo.
- b) Nei casi in cui, a seguito della nostra valutazione del modulo di sottoscrizione, riscontriamo di aver bisogno di ulteriore documentazione di supporto dal dipendente che richiede la copertura, daremo al dipendente un periodo di tempo per inviarci tale ulteriore documentazione di supporto. Se il dipendente non la inoltra o non la inoltra entro il termine del periodo prestabilito, rilasceremo la copertura così come disponibile (ovvero con il Limite di accettazione automatica); altrimenti, se la polizza della sua azienda non ha un Limite di accettazione automatica, non lavoreremo la richiesta di copertura del dipendente in questione e di fatto la archiveremo.

Esenzione dal ripetere la valutazione dello stato di salute: per i dipendenti della sua azienda che sono stati inclusi nella polizza aziendale dietro valutazione dello stato di salute e a cui sono stati offerti i termini e le condizioni standard dell'assicurazione può richiedere l'incremento del 20% della loro copertura in qualsiasi anno di calendario, senza necessità di sottoporli di nuovo al procedimento di 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 accordato diversamente con l'azienda nel Contratto aziendale). L'esenzione dal ripetere la valutazione dello stato di salute non si applica ai dipendenti della sua azienda che sono stati inclusi nella polizza aziendale dietro valutazione dello stato di salute e 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.

Procedura per richiedere il pagamento di rendite e indennità

Ecco alcuni punti da notare in merito all'assicurazione vita e invalidità:

- a) Salvo quando accordato diversamente nel Contratto aziendale, è responsabilità dell'azienda informarci di eventuali eventi (ad esempio decessi, incidenti, malattie etc.) che potrebbero dare adito ad una richiesta di pagamento di rendite e indennità, e di inoltrarci tutta la documentazione di supporto del caso entro sei mesi dall'evento che dà adito alla richiesta di pagamento di rendite e indennità. Se l'azienda non ci informa dell'evento entro sei mesi come sopra specificato, non saremo responsabili del pagamento di alcuna rendita o indennità. Questa condizione si applica indipendentemente dal fatto che l'azienda sia a conoscenza o no 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.
- b) Salvo quando accordato diversamente, Allianz Partners non ha alcun obbligo contrattuale e assicurativo in riferimento a eventi che si verificano dopo la data di scadenza della copertura assicurativa.
- c) L'azienda deve conservare le copie originali di ogni documento di supporto (ad esempio, delle ricevute di pagamento) che ci inoltra, dal momento che fino a 12 mesi dopo il pagamento di una rendita o indennità abbiamo il diritto di richiedere la visione delle copie originali a scopo di investigazione contro frodi. Inoltre, la nostra raccomandazione per l'azienda è di conservare copia di ogni comunicazione inviataci, dal momento che non siamo responsabili della mancata ricezione dovuta a cause al di fuori del nostro controllo.
- d) I pagamenti di rendite e indennità sono effettuati nella valuta specificata nel Contratto aziendale.
- e) L'azienda accetta di 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. 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.

f) 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 procede da 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.

Nei casi di cui sopra, il capitale assicurato rimarrà inalterato e uguale a come era prima dell'aumento del salario.

g) 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 non appena l'azienda riceve il pagamento della relativa indennità o rendita.

Come richiedere il pagamento delle indennità e rendite

Per richiedere il pagamento delle indennità e rendite in virtù di questa assicurazione, deve inviarci la documentazione indicata di seguito:

	Vita	Malattia terminale	Morte accidentale	Mutilazione accidentale
Cedolino dello stipendio/avviso di pagamento del salario della persona assicurata per i 3 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 completato	✓	✗	✓	✗
Copia autenticata* del certificato di morte	✓	✗	✓	✗
Modulo di Richiesta di pagamento dell'indennità per l'assicurazione di malattia terminale, debitamente completato	✗	✓	✗	✗
Modulo di Certificazione del medico sulla malattia terminale del paziente, debitamente completato	✗	✓	✗	✗

Verbale di polizia/dell'incidente (nel caso di un incidente)	✓	✓	✓	✓
Modulo di Richiesta di pagamento della rendita per l'assicurazione di mutilazione accidentale, debitamente completato	✗	✗	✗	✓
Modulo di Certificazione del medico sulla mutilazione/perdita di funzionalità accidentale di un arto, debitamente completato	✗	✗	✗	✓
Eventuali altri documenti che potremmo richiedere per valutare il caso	✓	✓	✓	✓

	Invalità a breve termine	Invalità a lungo termine	Invalità permanente
Cedolino dello stipendio/avviso di pagamento del salario della persona assicurata per i 3 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 completato	✓	✓	✓
Modulo di Dichiarazione della società per l'assicurazione di invalidità del dipendente, debitamente completato	✓	✓	✓
Breve descrizione del ruolo svolto dal dipendente assicurato	✓	✓	✓
Modulo di Certificazione del medico sull'invalidità del paziente, debitamente completato	✓	✓	✓
Verbale di polizia/dell'incidente (nel caso di un incidente)	✓	✓	✓
Eventuali altri documenti che potremmo richiedere per valutare il caso	✓	✓	✓

* Accetteremo copie autenticate 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, potremmo richiedere che la copia autenticata sia anche certificata e vidimata da un legale. Potremmo 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.

Le rendite e le indennità vengono pagate dopo che abbiamo valutato il caso e verificato che la richiesta di pagamento è legittima secondo i termini della polizza. Il pagamento delle rendite e indennità per l'assicurazione vita e per l'assicurazione per morte accidentale vengono effettuati direttamente all'azienda.

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

Se a un dipendente della sua 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 nelle tabelle precedenti.

L'indennità viene pagata dopo che abbiamo valutato il caso e verificato che la richiesta di pagamento è legittima secondo i termini della polizza. L'indennità non può eccedere il massimale indicato nell'Elenco delle prestazioni. Nei casi in cui esistono 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 suoi dipendenti assicurati presenta un certificato medico e inizia il periodo di assenza per malattia più breve tra i due indicati di seguito:

- 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 nelle tabelle a pagina 21. L'indennità viene pagata dopo che abbiamo valutato il caso e verificato che la richiesta di pagamento è 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 nelle tabelle a pagina 21.

L'indennità viene pagata dopo che abbiamo valutato il caso e verificato che la richiesta di pagamento è legittima secondo i termini della polizza.

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

L'azienda deve informarci per iscritto entro sei mesi se uno dei suoi dipendenti assicurati è colpito da un'invalidità permanente. Per richiedere il pagamento dell'indennità corrispondente, l'azienda deve inviarci la documentazione richiesta nelle tabelle a pagina 21. 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.

L'indennità viene pagata dopo che abbiamo valutato il caso e verificato che la richiesta di pagamento è 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 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 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, 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.

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

In qualsiasi momento durante il periodo in cui il dipendente assicurato sta ricevendo il pagamento dell'indennità, abbiamo il diritto di richiedere che il dipendente si sottoponga a visita medica, se lo riteniamo necessario per qualsiasi valida ragione. 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 avere le qualifiche per un altro tipo di occupazione, nel caso in cui diviene ragionevolmente evidente che il dipendente non sarà più in grado di ritornare a lavorare nel ruolo di prima durante il periodo assicurato 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

Il premio assicurativo deve normalmente essere pagato in anticipo al periodo di copertura a cui si riferisce, nella valuta accordata nel Contratto aziendale e in conformità ai termini e alle condizioni di pagamento stipulate nel Contratto aziendale. Noti che l'azienda è 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 prorrateata.

Il mancato pagamento del premio assicurativo dovuto per la polizza assicurativa dell'azienda entro i termini di pagamento prestabiliti potrebbe determinare la cancellazione della polizza.

Come gestire la polizza aziendale

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.

Includere dipendenti nel programma assicurativo aziendale

Prima che il Contratto aziendale entri in vigore, la sua azienda deve inviarci per iscritto una lista dei suoi dipendenti (e di eventuali familiari, laddove applicabile) che rispondono ai criteri di idoneità (stabiliti nel Contratto aziendale) per essere inclusi nel programma assicurativo aziendale.

Aggiungere i familiari del dipendente

I dipendenti della sua azienda possono richiedere di includere i loro familiari nella polizza vita (a condizione che la sua azienda lo abbia previamente concordato nel Contratto aziendale). La richiesta di includere dei familiari deve pervenirci tramite l'azienda e non direttamente dal dipendente. L'inclusione dei familiari è soggetta a valutazione dello stato di salute.

Cambi nel profilo degli assicurati o nella polizza aziendale

La sua azienda deve informarci per iscritto di ogni aggiunta di nuovi assicurati, cambio o rescissione entro quattro settimane dalla data in cui il dipendente in questione 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 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 della comunicazione; inoltre, l'azienda continua a rimanere responsabile del pagamento del premio così come calcolato e fatturato prima dell'effettuazione dell'aggiunta, cambio o rescissione fino alla data della comunicazione.

Non è possibile retrodatare cambi e rescissioni per un assicurato una volta che sono state lavorate delle richieste di pagamento di indennità o rendite per quell'assicurato. 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, 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 in merito alla copertura assicurativa sanitaria, che si applicano soprattutto a coloro che sono permanentemente residenti in quel determinato 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 consultare un consulente legale, dal momento che potremmo trovarci nell'impossibilità di continuare ad offrire 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

Con molto anticipo rispetto alla data di rinnovo del suo programma assicurativo aziendale, invieremo alla sua azienda una lista dei dipendenti assicurati, così come risulta nel nostro sistema. La sua azienda è tenuta a controllare la lista e a indicare eventuali nuovi assicurati che desidera aggiungere, eventuali cambi che desidera effettuare ed eventuali rescissioni che desidera registrare; inoltre, l'azienda è tenuta a indicare se ci sono errori o dati obsoleti nella lista che inviamo, altrimenti, non ricevendo le dovute segnalazioni di correzione entro la data del rinnovo, rinnoveremo il programma assicurativo aziendale in base ai dati contenuti alla data nel nostro sistema.

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 verrà cancellata automaticamente per l'assicurato nelle seguenti situazioni:

- al termine dell'anno assicurativo, se il Contratto aziendale non viene rinnovato;
- quando l'azienda decide di cancellare la copertura o non rinnova la copertura dell'assicurato;
- quando l'azienda non paga il premio o qualsiasi altro importo dovuto così come da Contratto aziendale;
- quando l'assicurato smette di essere idoneo alla copertura così come da termini e condizioni stipulate nel Contratto aziendale;
- quando l'assicurato raggiunge il limite massimo d'età indicato sul Contratto aziendale;
- quando 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 dispute che non possono altrimenti essere risolte verranno poste ai tribunali del Paese indicato nel Contratto aziendale.

Sanzioni economiche: la compagnia assicurativa e la compagnia riassicurativa non garantiscono copertura e/o pagamento di indennità e rendite se qualsiasi elemento della copertura o dei pagamenti di indennità e rendite viola qualsiasi legge o regolamento sanzionatorio applicabile dell'Unione Europea, del Regno Unito, degli Stati Uniti d'America e qualsiasi altra legge o sanzione economica o commerciale.

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 la sua azienda e i suoi assicurati, ma non siamo responsabili per qualsiasi mancanza o ritardo nell'esecuzione dei nostri obblighi nei suoi confronti causati da eventi di forza maggiore che siano 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.

Cancellazione della polizza e frode: non pagheremo alcuna rendita o indennità 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. Ci riserviamo il diritto di comunicare all'azienda ogni attività fraudolenta.

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.

Con il termine " 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 suoi dati. Le consigliamo di leggerla prima di condividere con noi qualsiasi dato personale. La trova 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 sempre 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 suo problema non può essere risolto telefonicamente, può inviarci un'e-mail o una lettera ai seguenti recapiti:



+353 1 630 1305



client.services@allianzworldwidecare.com



Customer Advocacy Team,
Allianz Partners,
15 Joyce Way,
Park West Business Campus,
Nangor Road,
Dublin 12, Irlanda

Abbiamo un protocollo interno per la gestione dei reclami. Se desidera maggiori informazioni, visiti:



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 definito in questa sezione:

A

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.

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: coincide con la 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

Familiari del dipendente: sono il coniuge o compagno/a del dipendente assicurato e/o i suoi figli di età inferiore ai 18 anni, o ai 24 anni se studenti a tempo pieno, finanziariamente dipendenti dal dipendente assicurato ed indicati come familiari a carico nel programma dell'azienda.

I

Indennità di contingenza: 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 contingenza è soggetta ai massimali indicati nell'Elenco delle prestazioni ed ai termini e alle condizioni delineati nel Contratto aziendale.

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, e;
- svolge tutte le mansioni proprie della sua professione, e;
- non sta lavorando contro il parere del medico.

L

Limite di accettazione automatica: è un limite predefinito del capitale che può essere assicurato per ciascun dipendente senza necessità che il dipendente si sottoponga a previa valutazione dello stato di salute. Il limite di accettazione automatica della sua polizza è indicato nel Contratto Aziendale e potrebbe essere rivisto e cambiato annualmente. Informiamo la sua 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: dottore in medicina in possesso di regolare abilitazione alla professione nel Paese in cui la esercita, nei limiti previsti dalla stessa abilitazione.

N

Noi: Allianz Partners.

Normali attività della propria occupazione: attività essenziali nell'esercizio di una professione o ruolo lavorativo che non possono essere ragionevolmente omesse o modificate.

O

Occupazione adeguata: un'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 del dipendente assicurato nel programma assicurativo aziendale.

P

Patologie preesistenti: sono patologie di cui uno o più sintomi si sono manifestati nel corso della vita della persona assicurata, indipendentemente dal fatto che sia ricorso a un medico o no. Riterremo che una patologia in riferimento alla quale si sollecita un pagamento di rendita o indennità è preesistente ogni volta che possiamo ragionevolmente presumere che la persona assicurata 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 abbiamo approvato la copertura del caso;
- la data in cui abbiamo incluso la copertura del caso nella polizza della persona assicurata.

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.

Le patologie preesistenti e i dati importanti sono considerati nel nostro procedimento di valutazione dello stato di salute per determinare a quali termini e condizioni possiamo offrire la copertura laddove richiesta per importi superiori al Limite di accettazione automatica. 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: sono 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 che presentano i requisiti per la copertura, ossia che:

- a) non hanno superato il limite massimo d'età indicato nel Contratto Aziendale;
- b) 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 (per un periodo tuttavia superiore ai sei mesi). Eventuali eccezioni per la loro copertura sono annotate nel Contratto aziendale;
- c) sono in servizio attivo;
- d) non stanno lavorando contrariamente al parere del medico.

I dipendenti della sua azienda che rispondono a tutte le caratteristiche di cui sopra ma non sono in servizio attivo nella data di inizio del Contratto aziendale o nella data di inizio della copertura assicurativa a causa di una malattia o invalidità diventeranno 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 riceva 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 relativo al singolo evento è specificato nell'Elenco delle prestazioni. Vigono le seguenti eccezioni:

- 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 A GUERRE O ATTI CRIMINALI

Partecipazione attiva a:

- guerre;
- tumulti;
- insurrezioni civili;
- terrorismo;
- atti criminali;
- atti illegali;
- atti condotti per contrastare l'offensiva di una potenza straniera (indipendentemente dal fatto che la guerra è stata dichiarata o no).

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 (questo criterio si applica all'assicurato indipendentemente dalla nazionalità); oppure
- 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, a prescindere da un'eventuale dichiarazione di guerra.

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, ovvero opzioni aggiuntive alla copertura scelta e concordata dall'azienda del dipendente assicurato nel programma assicurativo 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 a seguito della nostra valutazione dello stato di salute, laddove questo procedimento è richiesto per accedere alla copertura.

Tabella di riferimento per l'assicurazione per mutilazione accidentale

Casi in cui l'indennità viene pagata parzialmente	Percentuale corrispondente del capitale assicurato
---	--

1. Testa

1.1 Perdita irrevocabile della vista da un occhio	40%
1.2 Perdita irrevocabile 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 su una superficie da 3 cm ² a 5 cm ²	20%
1.4.2 su una superficie superiore a 5 cm 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 l'indennità viene pagata per intero	Percentuale corrispondente del capitale assicurato

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 irrevocabile della capacità di parlare a causa di un trauma	100%
4.10 Perdita irrevocabile dell'udito da entrambe le orecchie	100%

Nota: Per gli assicurati che sono mancini, a condizione che abbiano dichiarato di esserlo nel modulo inoltrato per richiedere il pagamento dell'indennità, la colonna relativa alla parte destra del corpo verrà considerata come se fosse la sinistra e viceversa.

Ci contatti pure, siamo qui per assisterla!

Se ha delle domande, ecco i recapiti per 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 possono richiedere cambi nella polizza. Per questa ragione, alle persone che chiamano l'Helpline vengono poste delle domande di sicurezza per verificare la loro identità.

@ E-mail: client.services@allianzworldwidecare.com

☎ Fax: + 353 1 630 1306

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

🌐 www.allianzcare.com



www.facebook.com/AllianzCare/



www.linkedin.com/company/allianz-care



www.youtube.com/c/allianzcare



www.instagram.com/allianzcare/



twitter.com/AllianzCare

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 una società a responsabilità limitata soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances") e opera sul mercato attraverso la sua succursale irlandese. Compagnia registrata in Francia con il numero: 401 154 679 RCS Bobigny. La succursale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda con il 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.