

Group Plus Expatriate Care

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE

PERSONA ASSICURATA

COGNOME:

NOME:

DATA DI NASCITA:

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

ALTEZZA:

<input type="text"/>	cm						
----------------------	----	----------------------	----	----------------------	----	----------------------	----

PESO:

<input type="text"/>	kg						
----------------------	----	----------------------	----	----------------------	----	----------------------	----

1. Negli ultimi 5 anni è stato ricoverato in ospedale o casa di cura (incluso in caso di parto)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
2. Negli ultimi 5 anni, ha subito o ricevuto trattamenti, analisi o indagini per:				
a. Cancro, leucemia, tumori di qualsiasi genere (benigni o maligni)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
b. Il sistema respiratorio, come l'asma, bronchite ricorrente o cronica, polmonite, tubercolosi o altri disturbi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
c. Il cuore o sistema vascolare, come elevata pressione sanguigna, problemi circolatori, attacco cardiaco, difetti cardiaci, insufficienza cardiaca, palpitazioni, apoplezia, flebite, vene varicose o di altri disturbi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
d. L'apparato digerente, come ad esempio l'ernia iatale, ulcera gastrica o duodenale o di altri disturbi dello stomaco o dell'intestino, come ad esempio infiammazioni, emorragie, emorroidi, ittero, le malattie del fegato, cistifellea, del pancreas?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
e. Il tratto urinario come reni, vescica o uretra prostatica, sangue nelle urine o di altri disturbi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
f. Metabolismo o sangue; come il diabete mellito, elevato livello del colesterolo, gotta, ghiandola tiroide o disturbi ormonali, anemia, disturbi della coagulazione o di altri disturbi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
g. Il sistema nervoso, come ad esempio l'epilessia, vertigini, paralisi, paralisi transitoria, neurite o di altri disturbi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
h. Disturbi mentali, quali depressione, ansia, sistema nervoso, stress, stress post traumatico, problemi comportamentali, alcol o droga, o di altri disturbi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
i. Il sistema muscolo-scheletrico (ossa, articolazioni, colonna vertebrale, dischi vertebrali, i muscoli, legamenti, tendini); come ad esempio i disturbi della schiena, collo e spalle, altre articolazioni, fratture, artrite, reumatismi o di altri disturbi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
j. Solo per le donne: gravidanza o complicazioni della gravidanza, anomalie, test di prova, striscio o di qualsiasi disturbo ginecologico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
k. La pelle; come eczema, allergie, psoriasi, malattie fungine, il cancro della pelle o di altri disturbi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
l. Il sistema immunitario o malattie infettive, come l'AIDS, l'HIV, malattie sessualmente trasmissibili, l'epatite, malattie tropicali o di altri disturbi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
m. L'apparato uditivo, come ad esempio difficoltà uditive, infiammazioni o di altri disturbi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

NOME (come indicato nella pagina precedente):				
3. Negli ultimi 5 anni, è mai stata impossibilitata a lavorare per più di 4 settimane consecutive?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
4. Negli ultimi 5 anni ha subito qualche esame speciale, test, come ad esempio i raggi X, la tomografia computerizzata, RM (risonanza magnetica), ultrasuoni, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, endoscopia o altri test?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
5. Negli ultimi 5 anni, le è stato mai dato o prescritto un farmaco per un periodo superiore a 4 settimane?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
6. Ha in corso attualmente, o ha in programma o le è stato consigliato di sottoporsi a qualsiasi trattamento, test o indagini?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

CURE DENTISTICHE ED OCULISTICHE: (DA COMPLETARE SOLO SE RICHIESTO QUESTO PIANO)

7. Ha denti mancanti che non sono stati sostituiti (escluso i denti da latte o denti del giudizio)? Se 'Si', quali e dove:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="text"/>			
Ha protesi dentarie fisse (corone, impianti, ponti, ecc...)? Se 'Si', quali e dove:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="text"/>			
Ha previsto o è necessario che si sottoponga a trattamenti dentistici, trattamenti odontoiatrici o di chirurgia orale? Se 'Si', si prega di specificare quale trattamento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="text"/>			
8. Soffre di parodontite?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
9. Ha avuto un check-up dentale negli ultimi 5 anni? Se 'Si', si prega di indicare la data ed il risultato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="text"/> GG/MM/AAAA			
10. Negli ultimi 5 anni, ha sofferto o ricevuto trattamenti, analisi o indagini per gli occhi; come ad esempio diminuzione della acuità visiva, malattie della retina o di altri disturbi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

SE AVETE RISPOSTO "SI" AD UNA DELLE DOMANDE, SI PREGA DI FORNIRE ULTERIORI INFORMAZIONI NELLA CASELLA SOTTOSTANTE (SI PREGA DI UTILIZZARE UN FOGLIO SEPARATO SE NECESSARIO)

NOME:	DOMANDA NUMERO:	SI PREGA DI INDICARE LE DATE, DIAGNOSI, NATURA E DURATA DEL TRATTAMENTO:	NOME E DETTAGLI PER CONTATTARE IL MEDICO CURANTE:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

Con la presente io sottoscritto richiedo di applicare la copertura a nome di tutte le persone citate in questo questionario medico. Io / noi dichiariamo che abbiamo risposto a tutte le domande correttamente. Ad eccezione di quanto dichiarato nel presente documento, tutte le persone assicurate sono attualmente in buona salute. Io / noi accettiamo che la copertura sarà soggetta ai termini e alle condizioni di polizza. Io / noi accettiamo che nessuna copertura sarà in vigore fino a quando e a meno che la domanda sia stata accettata.

Io / noi siamo d'accordo che AIG Europe S.A., se è ritenuto opportuno, verificherà le dichiarazioni riguardanti la mia / nostra condizione di salute e verificherà con gli altri assicuratori sanitari tutte le precedenti dichiarazioni riguardanti i contratti esistenti o richiesti. Io / noi autorizziamo tutti i professionisti medici e le strutture a rilasciare la mia / nostra documentazione medica a AIG Europe S.A. Io / noi siamo d'accordo che i dati personali raccolti e detenuti da AIG Europe S.A. (contenuti nel presente questionario o altrimenti ottenuti) possono essere detenuti, utilizzati e divulgati da AIG Europe S.A. al fine di garantire la regolare prestazione dei servizi di assicurazioni, e le comunicazioni con le persone assicurate.

NOME:

FIRMA:

DATA:
GG/MM/AAAA



Informativa sulla Privacy di AIG Europe S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia



Come utilizziamo i Dati Personali

AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, si impegna a proteggere la Privacy dei suoi clienti, di chi invia una richiesta di indennizzo, nonché di tutti i suoi partner commerciali.

I "Dati Personali" identificano e si riferiscono a Voi o ad altri individui (ad es., il Vostro partner o altri membri della Vostra famiglia). Se fornite Dati Personali riguardo ad un altro individuo, dovete (salvo che non conveniamo diversamente) informare l'interessato del contenuto della presente Informativa e della nostra Informativa sulla Privacy e ottenere la sua autorizzazione (ove possibile) a condividere i suoi Dati Personali con noi.

Le tipologie di Dati Personali che possiamo raccogliere e per quali finalità - In base al nostro rapporto con Voi, i Dati Personali raccolti possono includere: informazioni di contatto, informazioni finanziarie e bancarie, referenze creditizie e merito creditizio, informazioni sensibili su condizioni di salute o mediche (raccolte con il vostro consenso ove richiesto dalla legge applicabile), nonché altri Dati Personali da Voi forniti, o che otteniamo in relazione al rapporto che intratteniamo con Voi. I Dati Personali possono essere utilizzati per le seguenti finalità:

- Gestione di polizze, ad es., comunicazioni, elaborazione di richieste di indennizzo e pagamento
- Effettuare valutazioni e prendere decisioni circa la fornitura e le condizioni di assicurazione e la liquidazione di richieste di indennizzo
- Assistenza e consulenza su questioni mediche e di viaggio
- Gestione delle nostre operazioni aziendali e infrastruttura IT
- Prevenzione, individuazione e indagini su reati, ad es., frodi e riciclaggio di denaro
- Accertamento e difesa di diritti legali
- Conformità legale e normativa (tra cui il rispetto di leggi e normative al di fuori del Vostro Paese di residenza)
- Monitoraggio e registrazione di chiamate telefoniche per finalità di qualità, formazione e sicurezza
- Marketing, ricerca e analisi di mercato

Condivisione dei Dati Personali - Per le finalità di cui sopra i Dati Personali possono essere condivisi con società del nostro gruppo e con terzi (quali, ad esempio, intermediari e altri soggetti di distribuzione assicurativa, assicuratori e riassicuratori, agenzie di informazioni commerciali, operatori sanitari e altri fornitori di servizi).

I Dati Personali saranno condivisi con terze parti (comprese autorità governative) se richiesto dalle leggi o normative applicabili. I Dati Personali (inclusi i dettagli di lesioni) possono essere inserite in registri di richieste di indennizzo e condivise con altri assicuratori. Siamo tenuti a registrare tutte le richieste di risarcimento di terzi relative a lesioni fisiche nei registri per l'indennizzo dei lavoratori. Possiamo effettuare ricerche in tali registri per prevenire, individuare e indagare su frodi o per confermare vostre precedenti richieste di indennizzo o quelle di qualsiasi altra persona o proprietà che può essere coinvolta nella polizza o richiesta di indennizzo. I Dati Personali possono essere condivisi con acquirenti potenziali e attuali e trasferite a seguito della cessione della nostra società o del trasferimento di attività aziendali.

Trasferimento internazionale - A causa della natura globale della nostra attività, i Dati Personali possono essere trasferite a soggetti ubicati in altri Paesi (tra cui Stati Uniti, Cina, Messico, Malesia, Filippine, Bermuda e altri Paesi che possono avere un regime di protezione dei dati diverso da quello del vostro Paese di residenza). Quando effettuiamo tali trasferimenti, adotteremo misure per garantire che i Vostri Dati Personali siano adeguatamente protetti e trasferiti in conformità ai requisiti della normativa sulla protezione dei dati. Per ulteriori informazioni sui trasferimenti internazionali consultate la nostra Informativa sulla Privacy (di seguito riportata).

Sicurezza dei Dati Personali - Per mantenere i Vostri Dati Personali protetti e al sicuro sono utilizzate misure di sicurezza tecniche e fisiche adeguate. Quando forniamo Dati Personali a terzi (compresi i nostri fornitori di servizi) o incarichiamo terzi di raccogliere Dati Personali per nostro conto, Vi confermiamo che tali terzi verranno selezionati attentamente e saranno tenuti ad attuare misure di sicurezza adeguate.

I vostri diritti - Voi siete titolari di diversi diritti ai sensi della legge sulla protezione dei dati in relazione al nostro utilizzo di Dati Personali. Tali diritti possono applicarsi solo in determinate circostanze e sono soggetti a talune esenzioni. Tali diritti possono includere il diritto di accesso ai Dati Personali, il diritto di rettifica di informazioni non accurate, il diritto alla cancellazione delle informazioni o a sospendere il nostro utilizzo delle informazioni. Tali diritti possono includere inoltre il diritto di trasferire le informazioni ad un'altra organizzazione, il diritto di opporsi al nostro uso dei Vostri Dati Personali, il diritto di chiedere che determinate decisioni automatizzate che prendiamo prevedano il coinvolgimento umano, il diritto di revocare il consenso e il diritto di presentare reclami all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati. Per ulteriori informazioni sui vostri diritti e su come potete esercitarli consultate la nostra Informativa sulla Privacy (vedere al prossimo paragrafo).

Informativa sulla Privacy- Maggiori informazioni sui vostri diritti e su come raccogliamo, utilizziamo e divulghiamo i Vostri Dati Personali sono contenute nella nostra Informativa sulla Privacy integrale, che potete trovare all'indirizzo: <https://www.aig.co.it/informativa-privacy>.

In alternativa, potete richiedere una copia scrivendo a: Responsabile della protezione dei dati, AIG Europe S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Della Chiusa 2, 20123, Milano o tramite e-mail all'indirizzo: responsabiledeiprotezionedeidati.it@aig.com.