

AXA – Global Healthcare

2020

1

Indice

- ▶ Contesto di riferimento pag. 3
- ▶ Prodotto pag. 7
- ▶ Mercato e punti di forza pag. 10
- ▶ FAQs pag. 11
- ▶ Procedure di distribuzione pag. 15
- ▶ Test di valutazione pag. 18

Contesto di riferimento

Welfare

- ▶ Nel 2017 il Fondo di Finanziamento del SSN è stato pari a 112,5 mld € (107,9 mld € nel 2012), pari al 6,6% del PIL.
- ▶ L'incremento della spesa pubblica è tuttavia inadeguato rispetto ai costi crescenti della sanità, derivanti principalmente dal profilo della popolazione, in termini di età e di cure necessarie.
- ▶ Nel 2005, l'aspettativa di vita era 80,9 anni, di cui 13,7 anni con stato di salute problematico;
- ▶ Nel 2014, l'aspettativa è salita a 83,2 anni, con 20,8 anni vissuti con problemi fisici vari.
- ▶ La quota degli over 65 è nel 2018 pari al 21,7% della popolazione. Raggiungerà il 33,1% nel 2025

(Fonte: Istat 2018)

Sanità privata

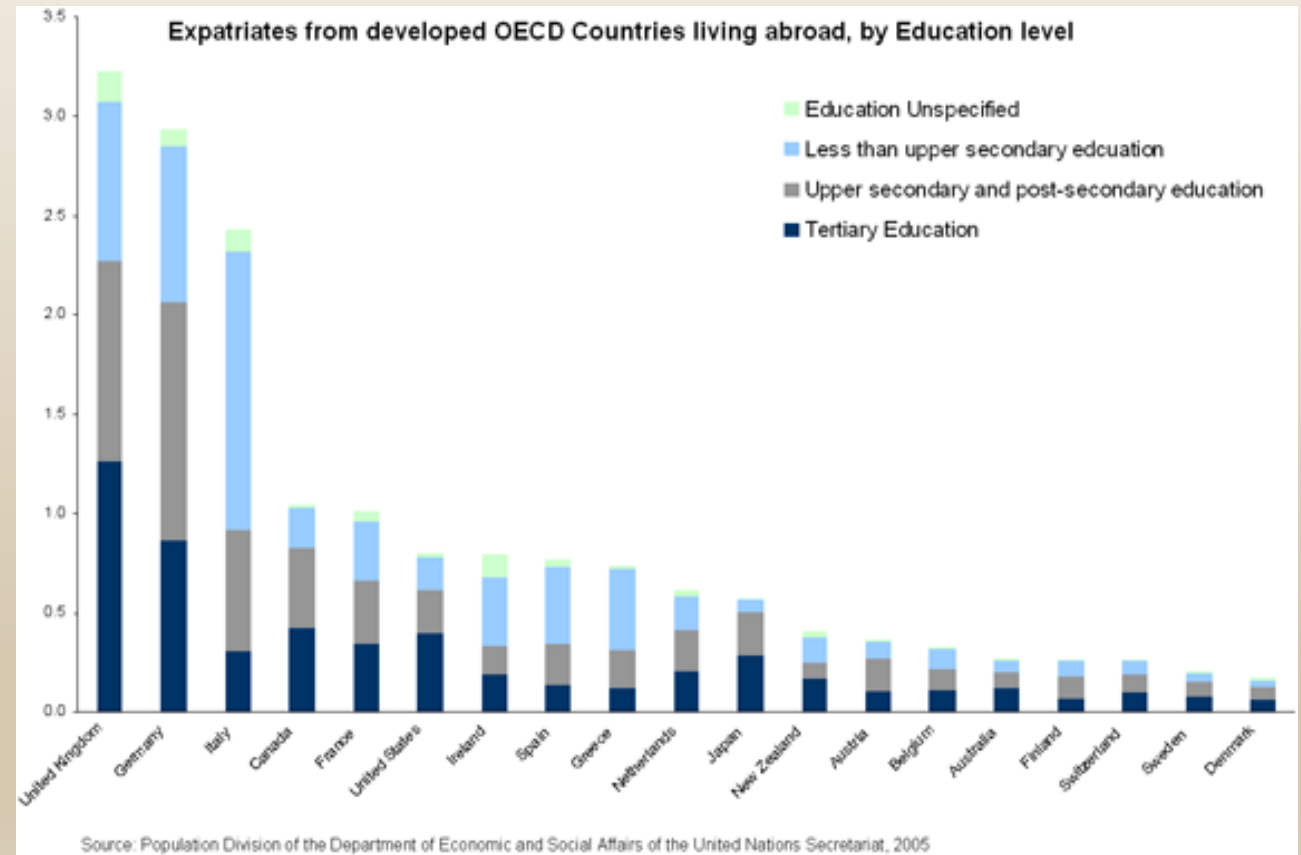
- ▶ La **spesa privata** complessiva per la sanità ha raggiunto i 35 miliardi di euro.
- ▶ Di questo importo, l'89,9% è stato pagato direttamente dai pazienti (il cosiddetto Out of Pocket), mentre la parte rimanente di costo è stata sostenuta da Imprese di Assicurazioni, Casse e Fondi.
- ▶ In particolare, le polizze assicurative individuali sottoscritte sono 1,7 milioni di unità mentre Fondi e Casse hanno attualmente circa 9 milioni di iscritti.
- ▶ Nell'ultimo anno, 12,2 milioni di Italiani hanno dovuto rinunciare o ritardare le cure per motivi economici

(Fonte. Istat 2018, ANIA 2018)

La sanità privata rappresenta il principale strumento per contenere la crescita del gap tra Servizio sanitario pubblico e domanda di trattamenti e cure di qualità.

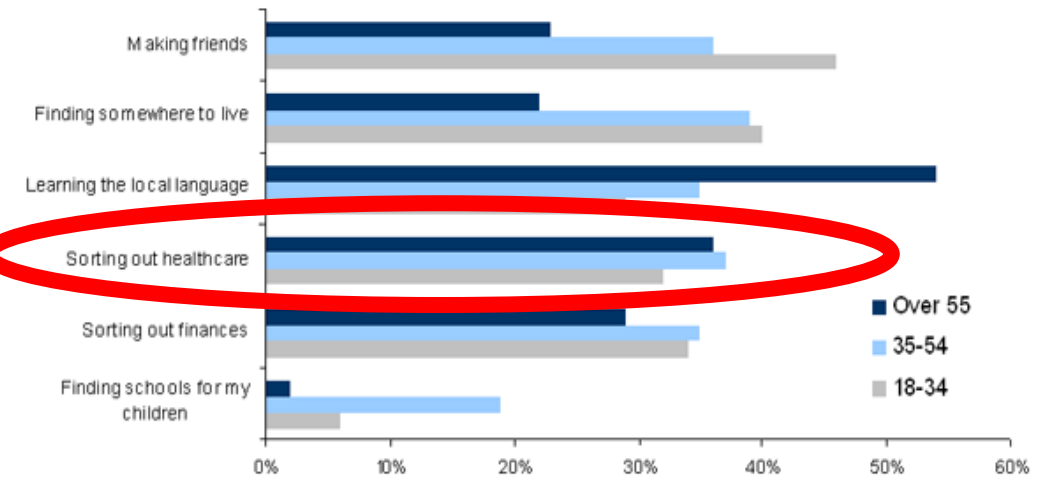
Assicurazione sanitaria Espatriati

- Con la parola espatriato, ci si riferisce a lavoratori qualificati provenienti da paesi industrializzati che lavorano all'estero.
- A livello globale nel 2015 c'erano 105.1 milioni di espatriati e di studenti. Il tasso di **crescita del numero degli espatriati è superiore al 10%/anno**.
- Tra i paesi dell'**OCSE**, quello che esporta più nazionali è il Regno Unito. Infatti, **più tre milioni di britannici vivono all'estero** e questa tendenza all'espatrio sembra destinata ad aumentare. Non a caso sono proprio le aziende britanniche a dominare il mercato dei servizi per espatriati. Per esempio, la maggior parte delle compagnie assicurative specializzate in servizi per gli espatriati, hanno sede nel Regno Unito.



- Le aziende generalmente riconoscono all'expat delle indennità aggiuntive quali l'assistenza fiscale (71%), servizi di relocation (68%), **assicurazione sanitaria (68%)**, alloggio (65%), viaggi di rientro (53%) e istruzione per i figli (44%).
- Secondo una nuova ricerca pubblicata da **Finaccord**, il **mercato globale dell'assicurazione sanitaria internazionale per espatriati e studenti** nel 2015 ha raccolto premi lordi per un totale di **12.98 miliardi di dollari statunitensi**, 2.78 miliardi dei quali provenienti dalle polizze acquistate nel corso dello scorso anno.
- Il tasso annuo di crescita composto registrato tra il 2011 e il 2015 è decisamente superiore (11,1%) a quello dell'assicurazione sanitaria in generale (4,8%)**
- Nel complesso, tuttavia, **meno del 10% di tutti gli individui idonei acquistano effettivamente una copertura assicurativa sanitaria internazionale.**

Expatriate problems (% worldwide)



Source: HSBC Expat Explorer Survey, 2008

Prodotto

I prodotti **Global Health Plans** sono distribuiti in Italia in esclusiva da Quantum per conto di **AXA - Global Healthcare**, leader mondiale nel campo dell'assicurazione medica privata con oltre 10 milioni di clienti assicurati in 140 Paesi. I prodotti sono sottoscritti da **AXA Insurance dac** per i residenti nello Spazio Economico Europeo (SEE) e da **AXA PPP healthcare Limited** per i residenti nel Regno Unito e al di fuori del SEE.

E' possibile scegliere tra

- ❖ 4 stili di sottoscrizione, e
- ❖ 5 livelli di copertura (piani) sia per clienti individuali che aziendali.

Stili di sottoscrizione

8

- ▶ **Moratoria (esclusivamente per i clienti individuali fino a 79 anni di età)**

Non è previsto il rimborso dei trattamenti relativi a condizioni mediche presentatisi, diagnosticate o trattate nei 5 anni precedenti alla data di inizio della polizza.

Tali patologie potranno essere incluse in copertura purché guarite e non trattate per un periodo di 24 mesi consecutivi nel periodo di copertura della polizza.

- ▶ **FMU / Sottoscrizione medica completa (sia per clienti individuali che aziendali con almeno 2 dipendenti assicurati)**

Viene richiesto all'assicurato di dichiarare – tramite la compilazione di un questionario anamnestico semplificato – la propria storia medica, incluse le condizioni pre-esistenti; le esclusioni particolari verranno elencate nel documento di polizza.

- ▶ **Switch / Trasferimento (sia per clienti individuali che aziendali con almeno 2 dipendenti assicurati in caso di trasferimento da un'altra polizza assicurativa)**

Prevede l'applicazione delle esclusioni particolari previste dalla precedente polizza sanitaria (se compresa nell'elenco delle Compagnie/polizze autorizzate).

- ▶ **MHD / Polizza senza richiesta di anamnesi medica (esclusivamente per i piani aziendali con almeno 5 dipendenti assicurati)**

Sono incluse le patologie pregresse.

Piani (garanzie principali)

Caratteristica	Foundation	Standard	Comprehensive	Prestige	Prestige Plus
Massimale Unico (MU)	€ 125.000	€ 1.275.000	€ 1.900.000	€ 2.550.000	€ 6.375.000
Ricoveri e Day Hospital	✓ (MU)	✓ (MU)	✓ (MU)	✓ (MU)	✓ (MU)
Interventi chirurgici ambulatoriali	✓ (MU)	✓ (MU)	✓ (MU)	✓ (MU)	✓ (MU)
Visite Specialistiche	✗ (E' disponibile un'estensione facoltativa - € 3.200)	✗ (E' disponibile un'estensione facoltativa - € 950)	✓ € 4.460	✓ € 7.330	✓ (MU)
Alta diagnostica	✓ (MU)	✓ (MU)	✓ (MU)	✓ (MU)	✓ (MU)
Cure oncologiche	✓ (MU)	✓ (MU)	✓ (MU)	✓ (MU)	✓ (MU)
Patologie croniche	✗	✗	✓	✓	✓
Cure dentistiche	✗	✓ € 405	✓ € 405 (E' disponibile un'estensione facoltativa - € 1.275)	✓ € 635 (E' disponibile un'estensione facoltativa - € 1.900)	✓ € 4.450
Check-up	✗	✗	✗	✓ € 380	✓ € 510
Invalidità permanente	✗	✗	✗	✓ € 63.750	✓ € 127.500

Mercato e punti di forza

- ▶ Durata della copertura assicurativa: rinnovabile **senza limiti di età**
- ▶ Attivazione della copertura assicurativa: **nessun limite di età**
- ▶ Limiti di indennizzo: **Massimale Unico di polizza** per i principali trattamenti
- ▶ Rimborso nelle strutture della rete convenzionata: **completo**, senza scoperti
- ▶ Rimborso nelle strutture **extra** rete convenzionata: **completo**, senza scoperti
- ▶ Franchigia obbligatoria: **nessuna**. Può essere però definita dall'assicurato
- ▶ T Trattamenti tumorali continuativi (p.e. Chemioterapia): **inclusi (Massimale unico di polizza)**
- ▶ Patologie croniche: **incluse in forma permanente, fino a 120 giorni per trattamento**
- ▶ Coperture aggiuntive opzionali (selezione):
 - ▶ Dentarie: **fino a 1.900 €**, sc. 20% (Prestige); comprese **fino a 1.275 €** (sc. 20%) Comprehensive
 - ▶ Parto naturale: **fino a 6.375 €** (Comprehensive, solo piani aziendali). Compresa per Prestige e Prestige Plus

FAQs

► **Chi può sottoscrivere la polizza Rimborso Spese mediche AXA - Global Healthcare?**

Individui, nuclei familiari, professionisti e dipendenti aziendali residenti sia in Italia che all'estero.

► **Fino a che età può essere sottoscritta la polizza?**

E' possibile sottoscrivere la copertura senza alcun limite di età e con garanzia di rinnovo indipendentemente dalle condizioni di salute.

► **Come viene calcolato il premio?**

Il premio viene calcolato sulla base dell'età dell'assicurato alla data di inizio della copertura ed al Paese di residenza principale dichiarato.

► **Cosa si intende per Paese di residenza principale?**

Per Paese di residenza principale si intende il Paese in cui si trascorrerà fisicamente la maggior parte dell'anno di copertura.

► **E' possibile assicurare un solo dipendente (+ eventuale nucleo) con contraenza aziendale?**

In fase di emissione della polizza, la Compagnia emetterà due documenti:

- ❖ il documento di polizza (policy statement), che riporterà come contraenza il nome della principale persona fisica assicurata, e
- ❖ la fattura (invoice), che può essere intestata ad un'azienda su richiesta.

► **In caso di contraenza aziendale, devono essere assicurati tutti i dipendenti dell'azienda?**

No, l'inclusione dei dipendenti è a discrezione del datore di lavoro.

► **La copertura è estesa alle patologie pregresse?**

L'eventuale inclusione delle patologie pregresse viene determinata dallo stile di sottoscrizione della polizza:

❖ **Moratoria (esclusivamente per i clienti individuali fino a 79 anni di età)**

Non è previsto il rimborso dei trattamenti relativi a condizioni mediche presentatisi, diagnosticate o trattate nei 5 anni precedenti alla data di inizio della polizza.

Tali patologie potranno essere incluse in copertura purché guarite e non trattate per un periodo di 24 mesi consecutivi nel periodo di copertura della polizza.

❖ **FMU / Sottoscrizione medica completa (sia per clienti individuali che aziendali con almeno 2 dipendenti assicurati)**

Viene richiesto all'assicurato di dichiarare – tramite la compilazione di un questionario anamnestico semplificato – la propria storia medica, incluse le condizioni pre-esistenti; le esclusioni particolari verranno elencate nel documento di polizza.

❖ **Switch / Trasferimento (sia per clienti individuali che aziendali con almeno 2 dipendenti assicurati in caso di trasferimento da un'altra polizza assicurativa)**

Prevede l'applicazione delle esclusioni particolari previste dalla precedente polizza sanitaria (se compresa nell'elenco delle Compagnie/polizze autorizzate).

❖ **MHD / Polizza senza richiesta di anamnesi medica (esclusivamente per i piani aziendali con almeno 5 dipendenti assicurati)**

Sono incluse le patologie pregresse.

► **Quanti sono i piani assicurativi disponibili?**

La gamma Global Health Plans prevede 5 livelli di copertura sia per clienti individuali che aziendali e consente di personalizzare i piani assicurativi con l'inclusione di eventuali estensioni facoltative in relazione alle proprie necessità.

► **È previsto l'indennizzo diretto?**

La capillarità della rete di strutture sanitarie convenzionate accessibile attraverso i prodotti Global Health Plans consente il pagamento diretto da parte della Compagnia in caso di ricovero e previa pre-autorizzazione, sollevando l'assicurato dalla necessità di anticipare i costi delle prestazioni sanitarie. Inoltre, non è prevista alcuna limitazione o scoperto in relazione alla scelta della struttura sanitaria (in rete o fuori rete).

► **Cosa occorre fare per richiedere il rimborso delle spese saldate personalmente dall'assicurato?**

In caso di polizza con stile di sottoscrizione Moratoria o FMU, occorrerà ricevere - al momento dell'apertura di un sinistro per una nuova condizione medica

- ❖ il MIF (Medical Information Form) compilato dal medico di base/medico con accesso alla storia clinica dell'assicurato in tutti i campi di sua competenza, e
- ❖ copia delle fatture dettagliate (quindi riportanti i trattamenti ricevuti ed il costo attribuito ad ognuno di essi).

In caso di polizza con stile di sottoscrizione MHD o Switch, occorrerà semplicemente specificare la condizione medica diagnosticata ed inviare copia delle fatture dettagliate (come sopra).

► Quali sono le principali esclusioni?

- ❖ Abuso di alcool, droga o stupefacenti;
- ❖ chirurgia estetica;
- ❖ conseguenze di trattamenti o interventi medici precedenti;
- ❖ infertilità e fecondazione assistita;
- ❖ trattamento per correggere presbiopia, miopia o astigmatismo;
- ❖ invecchiamento naturale;
- ❖ costi sostenuti per motivi sociali, domestici o non relativi al trattamento; e
- ❖ trattamenti non necessari dal punto di vista medico.

► Qual è la durata della polizza e la modalità di rinnovo?

La polizza è rinnovabile su base annuale; l'assicurato riceverà la proposta di rinnovo circa 20 giorni prima di ogni scadenza, riportante le condizioni di copertura ed il nuovo premio (che viene ricalcolato annualmente sulla base dell'età dell'assicurato e dell'inflazione medica nel Paese di residenza principale).

L'assicurato ha 14 giorni di tempo a partire dalla data di scadenza per decidere se rinnovare la polizza oppure richiederne la cancellazione.

Procedure di distribuzione

Assunzione

I dati che è necessario verificare col potenziale cliente per richiedere quotazione sono:

- ▶ **Stile di sottoscrizione** di interesse (è il primo elemento da scegliere/valutare, in quanto determina la modalità di inclusione delle pregresse; è quindi fondamentale verificarne lo stato di salute)
- ▶ **Data di nascita**
- ▶ **Paese di residenza principale** (il Paese in cui si trascorrerà fisicamente la maggior parte dell'anno di copertura)
- ▶ **Piano** di interesse (+ eventuali estensioni facoltative)
- ▶ **Franchigia** di interesse (€ 0, € 125, € 320, € 640, € 1.275 o € 2.550; per il piano Standard senza estensioni facoltative sono disponibili due ulteriori franchigie di € 6.375 e € 12.750)
- ▶ **Area** di copertura (*Tutto il mondo tranne USA* oppure *Tutto il mondo*)
- ▶ **Frazionamento di pagamento** (annuale, trimestrale oppure mensile)

Gestione sinistri

Rimborso all'assicurato delle spese che ha saldato personalmente

In caso di polizza con stile di sottoscrizione **Moratoria** o **FMU**, occorrerà ricevere – al momento dell'apertura di un sinistro per una nuova condizione medica – i seguenti documenti:

- ❖ il MIF (Medical Information Form) compilato dal medico di base/medico con accesso alla storia clinica dell'assicurato in tutti i campi di sua competenza, e
- ❖ copia delle fatture dettagliate (quindi riportanti i trattamenti ricevuti ed il costo attribuito ad ognuno di essi).

In caso di polizza con stile di sottoscrizione **MHD** o **Switch**, occorrerà:

- ❖ specificare per iscritto la condizione medica diagnosticata oppure i sintomi che hanno richiesto il trattamento, e
- ❖ inviare copia delle fatture dettagliate (come sopra).

Presenza in carico diretta

Per richiedere la pre-autorizzazione/presa in carico diretta di un sinistro, occorrerà ricevere almeno 10 giorni lavorativi prima della data pianificata per il trattamento:

- ❖ il MIF (Medical Information Form) compilato dal medico di base/medico con accesso alla storia clinica dell'assicurato in tutti i campi di sua competenza (se necessario, conformemente allo stile di sottoscrizione della polizza – vedi pag. 14);
- ❖ nome della Struttura convenzionata scelta;
- ❖ dettagli in merito ai trattamenti pianificati; e
- ❖ data di ricovero e dimissione (stimata).

Test di valutazione

Clicca sul seguente link per svolgere il test di valutazione:

<https://my.questbase.com/take.aspx?pin=9140-9160-4552>