

QUESTIONARIO SANITARIO

INTERMEDIARIO		
DATI ASSICURANDO	Nome e Cognome	
	Data di nascita	
	Professione	

AVVERTENZA - ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE: Ai sensi della Legge n. 193/2023 (Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche) entrata in vigore in data 2 gennaio 2024, l'Assicurando ha il diritto di NON fornire informazioni nè subire indagini in merito a eventuali patologie oncologiche da cui è stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si è concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni o da più di 5 anni se la patologia è insorta prima del compimento dei 21 anni di età. Pertanto, tali patologie oncologiche non devono essere considerate ai fini della compilazione del presente Questionario.

Inoltre, le suddette informazioni non possono essere acquisite neanche da fonti diverse e, qualora siano comunque nella disponibilità di Allianz Viva o dell'Intermediario, non saranno utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.

NOTIZIE SULL'ASSICURANDO**1. Stato di salute:**

1.1 Peso: kg _____ Altezza: cm _____

1.2 Pressione arteriosa (indicare minima e massima): Minima _____ Massima _____

1.3 Fumo (indicare n. di sigarette al giorno): _____

1.4 Ha ricevuto o richiesto prestazioni assicurative per intervenuta invalidità? NO SI Se sì, specificare quali _____

* Ha sofferto o soffre di malattie*, dipendenze (ad esempio alcolismo o tossicodipendenza) o ha subito infortuni?

NO SI

Se sì, indicare:

a) quando _____
_____b) quali _____

* ai sensi della legge 193/2023 l'Assicurando ha il diritto di non fornire informazioni nè subire indagini in merito a eventuali patologie oncologiche da cui è stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si è concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni o da più di 5 anni se la patologia è insorta prima del compimento dei 21 anni di età.

c) per infortuni, indicare la sede della lesione e i postumi residuati _____

1.5 È stato ricoverato in Istituto di cura? NO SI

Se sì, indicare:

- a) quando _____
- b) la diagnosi accertata _____
- c) eventuali interventi chirurgici _____
- d) se per aborto, specificare se terapeutico o spontaneo _____

1.6 Negli ultimi 2 anni ha eseguito:

a) Accertamenti diagnostici (ad es. radiologici, elettrocardiogrammi, elettroencefalogrammi, ...)? NO SI

Se sì, quando e quali? _____

b) Esami (come ad esempio esami immunologici, test HIV...)? NO SI

Se sì, quando e quali? _____

c) Visite mediche specialistiche? NO SI

Se sì, quando e quali? _____

d) Trattamenti terapeutici? NO SI

Se sì, da quando e quali? _____

e) Altro? NO SI

Se sì, da quando e quali? _____

Sono stati registrati risultati fuori dai valori normali? NO SI

Se sì, allegare la relativa documentazione medica.

1.7 Attualmente:

a) soffre di difetti fisici o malformazioni (ad esempio deficit della vista, dell'udito, alluce valgo, ecc.)? NO SI

Se sì, da quando e quali? _____

In caso di deficit della vista, specificare le diottrie mancanti: OD _____ OS _____

b) è portatore di protesi (escluse quelle dentarie)? NO SI
 Se sì, da quando e quali? _____

1.8 Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere per ragioni di salute la sua abituale attività lavorativa per oltre 4 settimane consecutive? NO SI
 Se Sì, per quali malattie? _____

2. Malattie* di cui ha sofferto o soffre attualmente

2.1 Malattie infettive o parassitarie? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

2.2 Malattie osteoarticolari? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

2.3 Malattie dell'apparato respiratorio? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

2.4 Malattie dell'apparato cardio circolatorio? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

2.5 Malattie del sangue? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

2.6 Malattie dell'apparato digerente? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

2.7 Malattie dell'apparato urinario? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

2.8 Malattie del sistema endocrino? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

2.9 Malattie del sistema nervoso? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

2.10 Malattie degli organi di senso? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

2.11 Malattie del fegato? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

2.12 Malattie del pancreas? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

* ai sensi della legge 193/2023 l'Assicurando ha il diritto di **non fornire informazioni nè subire indagini** in merito a eventuali patologie oncologiche da cui è stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si è concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni o da più di 5 anni se la patologia è insorta prima del compimento dei 21 anni di età.

2.13 Malattie del connettivo? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

2.14 Malattie del ricambio? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

2.15 Malattie da ipersensibilità? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

2.16 Neoplasie*? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

2.17 Altro? NO SI
 Se sì, quali e quando? _____

3. Precedenti assicurativi

3.1 Ha in corso o ha avuto altre polizze malattie o infortuni? NO SI
 Se Sì, indicare scadenza, tipo di garanzia e compagnia assicuratrice _____

Se non sono più in corso, precisare i motivi dell'annullamento _____

NOTIZIE SUI FAMILIARI

4. Si sono verificati nella sua famiglia (genitori, fratelli, sorelle) casi di:

4.1 Ipertensione arteriosa? NO SI

4.2 Diabete? NO SI

4.3 Padre: Età _____ Vivente? NO SI
 Se deceduto indicare la causa del decesso _____

4.4 Madre: Età _____ Vivente? NO SI
 Se deceduta indicare la causa del decesso _____

AVVERTENZE

a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;

* ai sensi della legge 193/2023 l'Assicurando ha il diritto di **non fornire informazioni nè subire indagini** in merito a eventuali patologie oncologiche da cui è stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si è concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni o da più di 5 anni se la patologia è insorta prima del compimento dei 21 anni di età.

- b) prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Dichiarazioni dell'Assicurando

L'Assicurando si impegna a fornire, a richiesta di Allianz Viva o chi per essa, ulteriori notizie e/o documentazioni cliniche necessarie a una corretta valutazione del rischio.

L'Assicurando proscioglie dal segreto professionale tutti i medici nonché gli Enti e Istituti pubblici o privati in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, autorizzandoli a rilasciare informazioni sulle sue condizioni di salute ad Allianz Viva e ad altri Enti ai fini assicurativi e riassicurativi con riferimento al presente contratto.

Le dichiarazioni contenute in questo documento saranno prese a fondamento del contratto e ne formeranno parte integrante.

Firma dell'Assicurando o, se minore, di chi ne esercita la potestà

L'Assicurando, inoltre dichiara, di essere consapevole che l'assicurazione non è operante per:

- infortuni occorsi prima della sottoscrizione della Polizza, nonché loro complicità e conseguenze dirette e indirette, nonché i relativi postumi;
- malattie e Invalidità preesistenti alla data della stipula della Polizza;
- conseguenze di malattie (presunte o accertate), malformazioni e stati patologici conosciuti o che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla data di stipulazione della Polizza o taciuti ad Allianz Viva con dolo o colpa grave.

L'Assicurando dichiara di essere consapevole che non sono assicurabili:

le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e sindromi ad essa correlate.

La sopravvenienza in corso di contratto delle predette situazioni a carico dell'Assicurando costituisce, per il medesimo, causa di cessazione dell'Assicurazione con effetto immediato.

Firma dell'Assicurando o, se minore, di chi ne esercita la potestà

Data e Luogo
