

Allianz S.p.A.
 Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano
 www.allianz.it
 Pec: allianz.spa@pec.allianz.it

Preventivo/Polizza N° _____

QUESTIONARIO SANITARIO

INTERMEDIARIO		
DATI ASSICURANDO	Nome e Cognome	
	Data di nascita	
	Professione	

AVVERTENZA - ISTRUZIONI PER LA COMPIAZIONE: *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. Come previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 22.03.2024 (GU n. 96 del 24.04.2024), per determinate patologie oncologiche si applicano termini temporali ridotti, il cui elenco è riportato nella Tabella in calce al presente documento.*

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 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 alcoolismo o tossicodipendenza) o ha subito infortuni?

NO SI

Se sì, indicare:

a) 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. NB: per determinate patologie oncologiche sono previsti termini temporali ridotti, come da Tabella in calce al presente documento.

Preventivo/Polizza N° _____

b) quali _____
_____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.**

Preventivo/Polizza N° _____

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

* ai sensi della legge 193/2023 l'Assicurando ha il diritto di non fornire informazioni né 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. NB: per determinate patologie oncologiche sono previsti termini temporali ridotti, come da Tabella in calce al presente documento.

Preventivo/Polizza N° _____

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? _____**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

* ai sensi della legge 193/2023 l'Assicurando ha il diritto di **non fornire informazioni né 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. **NB:** per determinate patologie oncologiche sono previsti termini temporali ridotti, come da Tabella in calce al presente documento.

Preventivo/Polizza N° _____

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 _____

Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico.

Tipo Tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni Uomini con diagnosi <45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

La presente tabella corrisponde all'Allegato 1 del Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 e può essere aggiornata, ove occorra, entro il 31 dicembre di ogni anno.

AVVERTENZE

- a) le dichiarazioni non veritieri, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) l'assicurando 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 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 e ad altri Enti ai fini assicurativi e riassicurativi con riferimento al presente contratto.



Infortuni Completa

Preventivo/Polizza N° _____

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 complicanze 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 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
