

Questionario sullo stato di salute / domande relative alla proposta per

Cognome _____ **Nome** _____

Data di nascita _____ **N. contratto** _____

Rispondere a tutte le domande in modo completo e veritiero. Se alla stipula del presente contratto il contraente o l'assicurato ha dichiarato inesattamente o taciuto dei fatti che conosceva o doveva conoscere, Allianz Suisse ha facoltà di recedere dal contratto. Qualora il fatto dichiarato in modo errato o taciuto abbia influenzato il verificarsi o l'entità del sinistro, l'obbligo di prestazione di Allianz Suisse decade per i danni già verificatisi. Allianz Suisse è legittimata a richiedere il rimborso delle prestazioni erogate in precedenza. Questo vale anche se le risposte sono state scritte da terzi.

Se non sono soddisfatti determinati presupposti, agli assicuratori è per legge vietato richiedere i risultati di analisi genetiche effettuate prima della nascita o che servivano a definire una predisposizione a una malattia prima che sorgessero i sintomi (analisi presintomatiche). Se sono soddisfatti tali presupposti, gli accertamenti saranno effettuati tramite apposito modulo. Tali risultati non devono pertanto essere indicati nel presente questionario. I risultati inoltrati a titolo facoltativo non possono essere utilizzati dagli assicuratori.

Le analisi genetiche a fini diagnostici, ovvero per chiarire sintomi della malattia già riscontrati, non sono interessate dalle disposizioni legali e devono essere dichiarate.

Dichiarazioni dell'assicurando:

1. Ha stipulato con Allianz Suisse polizze, in corso di validità o rescisse, di assicurazioni vita individuali o collettive, assicurazioni malattia o infortuni (inclusa la previdenza professionale)? sì no

Se sì, quale genere di rischi: _____

Somma assicurata/prestazioni: _____

Inizio: _____ *Durata:* _____

Indicare l'anno in caso di rescissione: _____

2. Negli ultimi 12 mesi ha stipulato o richiesto la stipula di assicurazioni contro i rischi di decesso, incapacità di guadagno, malattia o infortunio? sì no

Se sì, con quale compagnia: _____

Genere di rischi: _____

Somma assicurata/prestazioni: _____

Inizio: _____ *Durata:* _____

In caso di non accettazione o accettazione a condizioni aggravate, indicare il motivo: _____

3. Statura e attuale peso corporeo?

Statura in cm: _____ *Peso in kg:* _____

4. Accusa disturbi di salute oppure la Sua capacità lavorativa è ridotta? si no

Se sì, quali disturbi: _____

Quando: _____

Per quanto tempo: _____

Durata e grado dell'incapacità lavorativa: _____

Medici curanti e relativi indirizzi incluso quello del medico che meglio conosce il Suo stato di salute (in caso di nessuna visita medica rispondere con 'nessun medico consultato'): _____

5. Soffre o ha mai sofferto di malattie, disturbi o affezioni si no

del **cuore o dei vasi sanguigni**, quali ipertensione, disturbi circolatori, infarto miocardico, insufficienza miocardica, astenia miocardica, palpitazioni, apoplessia cerebrale (ictus), flebite, varici o altro?

Se sì, quali disturbi: _____

Quando: _____

Per quanto tempo: _____

Durata e grado dell'incapacità lavorativa: _____

Medici curanti e indirizzi: _____

Guarigione completa: _____

6. Soffre o ha mai sofferto di malattie, disturbi o affezioni si no

dell'**apparato locomotore** (ossa, articolazioni, colonna vertebrale, dischi intervertebrali, muscoli, legamenti, tendini), quali dolori di schiena, cervicali ed alle spalle, artrosi, reumatismi o altro?

Se sì, quali disturbi: _____

Quando: _____

Per quanto tempo: _____

Durata e grado dell'incapacità lavorativa: _____

Medici curanti e indirizzi: _____

Guarigione completa: _____

7. Soffre o ha mai sofferto di malattie, disturbi o affezioni sì no

del **sistema nervoso o della psiche**, quali epilessia, vertigini, paralisi, nevrite (p. es. sclerosi multipla), depressioni, stati d'angoscia e/o esaurimento o altro? Ha mai tentato il suicidio?

Se sì, quali disturbi: _____

Quando: _____

Per quanto tempo: _____

Durata e grado dell'incapacità lavorativa: _____

Medici curanti e indirizzi: _____

Guarigione completa: _____

8. È stato/a sottoposto/a negli ultimi 5 anni o deve sottoporsi a trattamenti o controlli medici per infortuni, disturbi o affezioni dovuti a malattie sin qui non citate? sì no

Se sì, quali disturbi: _____

Quando: _____

Per quanto tempo: _____

Durata e grado dell'incapacità lavorativa: _____

Medici curanti e indirizzi: _____

Guarigione completa: _____

Informazioni sulla tutela dei dati personali

L'elaborazione dei dati personali rappresenta uno dei fondamenti dell'attività assicurativa e viene da noi svolta in stretta osservanza della legge federale sulla protezione dei dati (LPD) e della relativa ordinanza. Se necessario, il consenso del cliente al trattamento dei dati personali viene richiesto anche nel modulo di denuncia di sinistro.

L'elaborazione dei dati è necessaria prima di perfezionare il contratto, per decidere se effettivamente si possa addivenire alla stipula e a quali condizioni. Dopo la stipula, il trattamento dei dati personali è indispensabile per la gestione del contratto (es.: per il calcolo dei premi) nonché in sede di denuncia di sinistro, per garantire che vengano liquidati soltanto i crediti legittimi.

Prima della stipula e nel periodo di validità del contratto può essere necessario richiedere informazioni a soggetti terzi operanti sul territorio nazionale e all'estero, nonché scambiare dati con questi stessi soggetti per la valutazione del rischio (premi commisurati ai rischi), per l'ulteriore accertamento dello stato di fatto e in caso di sinistro. In primo luogo vengono elaborati i dati desunti dalla proposta di assicurazione e dalla denuncia di sinistro. Ove necessario, le informazioni rilevanti possono essere richieste a soggetti terzi (assicuratore precedente per conoscere la sinistrosità pregressa, coassicuratore, riassicuratore, medici, personale medico e paramedico, uffici pubblici, ospedali, assicurazione sociale, datore di lavoro se si tratta di assicurazioni collettive). Il soggetto da assicurare proscioglie il personale medico e paramedico, gli ospedali, i medici e gli assicuratori dall'obbligo di riservatezza nei confronti di Allianz Suisse. In caso di rivalsa su un terzo civilmente responsabile i dati possono essere trasmessi al terzo ovvero all'assicuratore di responsabilità civile al fine di esercitare il diritto di regresso. Allianz Suisse si impegna a trattare le informazioni ottenute in maniera riservata.

Per garantire una copertura assicurativa completa per i clienti, nonché per ottimizzare i costi, l'erogazione dei nostri servizi può essere in parte affidata ad aziende giuridicamente indipendenti, basate sul territorio nazionale o all'estero, che possono essere costituite da società del Gruppo Allianz o da partner convenzionati. L'assolvimento degli obblighi contrattuali impone l'inoltro dei dati sia all'interno sia all'esterno del Gruppo. I dati vengono inoltre trattati per scopi interni di marketing connessi al processo di ottimizzazione dei prodotti.

Gli intermediari sono tenuti per contratto a rispettare il proprio obbligo di riservatezza e le disposizioni della LPD. I broker possono prendere visione dei dati del cliente soltanto se in possesso di autorizzazione esplicita (cosiddetto mandato di brokeraggio).

I dati vengono custoditi nel rispetto delle disposizioni di legge.

Il cliente gode del diritto di informazione e, a determinate condizioni, del diritto di rettifica, blocco o eliminazione dei dati archiviati su supporti elettronici o nel dossier.

Clausola di consenso

Il/La sottoscritto/a dichiara di comprendere la lingua in cui sono redatti il presente documento e le fonti ivi citate.

Egli/ella autorizza Allianz Suisse ad acquisire presso soggetti terzi (assicuratore precedente per conoscere la sinistrosità pregressa, coassicuratore, riassicuratore, medici, personale medico e paramedico, uffici pubblici, ospedali, assicurazione sociale, datore di lavoro se si tratta di assicurazioni collettive) i dati necessari per la verifica della proposta, la valutazione del rischio e la gestione del contratto, nonché al trattamento di tali dati, oltre ai predetti scopi, per finalità interne di marketing in osservanza delle disposizioni di protezione dei dati precedentemente esposte.

La presente proposta è composta dal numero di pagine indicato in calce. Il sottoscritto conferma l'integrità e la correttezza di tutte le risposte presenti in tutte le pagine.

Luogo e data

Firma della persona da assicurare