

## Previdenza professionale

### Questionario sullo stato di salute / domande relative alla proposta

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.

Dati personali	
Cognome	Nome
Data di nascita	N. contratto

Dichiarazioni della persona da assicurare	
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)?	
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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?	
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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?

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

Sì  No

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

Sì  No

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 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?

Sì  No

Se sì, quali disturbi

Quando	Per quanto tempo	Durata e grado dell'incapacità lavorativa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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 libera 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 a trattare tali dati, oltre che per i 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/La sottoscritto/a conferma l'integralità e la correttezza di tutte le risposte presenti in tutte le pagine.

Ulteriori informazioni, anche su altri impieghi e altri destinatari dei dati forniti e sui diritti degli interessati, si trovano nella nostra informativa sulla protezione dei dati ([allianz.ch/protezione-dei-dati](http://allianz.ch/protezione-dei-dati)).



Consenso

Luogo e data

Firma della persona da assicurare

--	--	--