

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Ras

Dall'Agenzia di _____ Codice: _____

Attenzione: Barrare tutte le caselle anche in caso di risposta negativa. In caso di risposta affermativa completare tutti i campi richiesti.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO (B)

DATI DEL CONTRAENTE

Convenzione n.: **8581/P** _____

Denominazione sociale del Contraente: **FIBASERVICE-PROMETEO 2000 Srl** _____

DATI DELL'ASSICURANDO

Cognome e nome dell'Assicurato _____

Data di nascita _____

Codice fiscale _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

1. L'Assicurando attualmente fruisce di una pensione di invalidità? SI NO

Se sì:

Grado _____

Civile INPDAI INPS INAIL ALTRO _____

per quale motivo? _____

Ha in corso pratiche per il riconoscimento di pensione / assegno di invalidità / inabilità? SI NO

Se sì, ente interessato _____

2. L'Assicurando, nell'esercizio della sua professione, è esposto a speciali pericoli? (es.: contatti con: materie velenose, esplosive, linee elettriche alta tensione, fonditura, lavori su impalcatura o tetti) SI NO

Se sì quale? _____

3. L'Assicurando pratica sports? SI NO

Se sì quali? _____

Come professionista dilettante ?

4. L'Assicurando ha mai fatto uso di:

• Sostanze stupefacenti? SI NO Se sì quali? _____ Quantità giornaliera? _____

• Alcolici? SI NO Se sì quali? _____ Quantità giornaliera? _____

• Tabacco? SI NO Se sì quali? _____ Quantità giornaliera? _____

5. Altezza cm. _____ Peso Kg. _____ Il suo peso ha subito variazioni superiori al 10% negli ultimi 12 mesi? SI NO

6. UOMO: è stato dichiarato idoneo al servizio militare? SI NO

Se no, per quale motivo? _____

7. DONNA: è ora incinta? SI NO Se sì, di quanti mesi? _____

Gravidanze n° _____ Parti n° _____ di cui cesarei n° _____ Aborti n° _____

Se ha avuto parti, quando l'ultimo? ___/___/_____



Allianz S.p.A.

Sede legale
Largo Ugo Inzeri, 1 - 34123 Trieste
Telefono +39 040 7781.111
Fax +39 040 7781.311
www.allianzras.it

Uffici:
Milano 20122 - Corso Italia, 23
Torino 10121 - Via Vittorio Alfieri, 22
Trieste 34123 - Largo Ugo Inzeri, 1
CF, P. IVA e Registro imprese
di Trieste n. 05032630963
Capitale sociale euro 403.000.000 i.v.

Iscritta all'Albo imprese
di assicurazione n. 1.00152
Capogruppo del gruppo assicurativo
Allianz, iscritto all'Albo gruppi
assicurativi n. 018
Società controllata, tramite
A.C.I.F. S.p.A., da Allianz SE - Monaco

DICHIARAZIONI SANITARIE DELL'ASSICURANDO

1. Ai suoi genitori o fratelli sono stati riscontrati prima dell'età di 60 anni
- Casi di gravi malattie cardiocircolatorie? SI NO
Se sì quali? (Indicare anche età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso) _____

 - Ictus? SI NO
Se sì indicare età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso _____

 - Infarto cardiaco? SI NO
Se sì indicare età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso _____

 - Ipertensione? SI NO
Se sì indicare età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso _____

 - Insufficienza renale? SI NO
Se sì indicare età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso _____

 - Casi di Tumori maligni? SI NO
Se sì a cosa? (Indicare anche età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso) _____

 - Casi di Malattie renali? SI NO
Se sì quali? (Indicare anche età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso) _____

 - Casi di Malattie nervose o mentali? SI NO
Se sì quali? (Indicare anche età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso) _____

 - Casi di diabete? SI NO
Se sì indicare età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso _____

 - Altre malattie a carattere ereditario (come corea di Huntington o morbo di Alzheimer)? SI NO
Se sì quali? (Indicare anche età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso) _____

2. Negli ultimi 5 anni è stato ricoverato in Case di cura , ospedali , sanatori
per malattie e/o interventi chirurgici? SI NO
Se sì, per quali cause?

Dove? _____
Quando? _____
Per quanto tempo? _____
3. E' attualmente in cura o lo è stato nell'ultimo anno? SI NO
Se sì, per quale motivo _____

4. Assume regolarmente medicinali o ne ha assunto negli ultimi 12 mesi?

SI

NO

Quali?

Quando?

Con che frequenza?

5. In precedenza Le è mai stata rifiutata o rimandata una proposta di assicurazione sulla vita, di invalidità o di malattie gravi oppure è stata accettata a condizioni speciali

SI

NO

Se sì, quando? _____ Per quale motivo? _____

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EFFETTUATI NEGLI ULTIMI 5 ANNI

			Data	Motivo	Risultato
a) Elettrocardiogramma	SI	NO	_____	_____	_____
b) Ecocardiogramma	SI	NO	_____	_____	_____
c) Elettroencefalogramma	SI	NO	_____	_____	_____
d) Ecografia	SI	NO	_____	_____	_____
e) Radiografie	SI	NO	_____	_____	_____
f) Esami del sangue	SI	NO	_____	_____	_____
g) Esami delle urine	SI	NO	_____	_____	_____
h) Endoscopia	SI	NO	_____	_____	_____
i) Test HIV	SI	NO	_____	_____	_____
j) Markers epatite	SI	NO	_____	_____	_____
k) Mammografia	SI	NO	_____	_____	_____
l) TAC-RMN	SI	NO	_____	_____	_____
m) PSA	SI	NO	_____	_____	_____

ANAMNESI PATOLOGICA

1. E' stato sottoposto ad emotrasfusioni e/o terapia a base di emoderivati?

SI

NO

Se sì indicare data, motivo ed esito.

Data

Motivo

Esito

- _____
- _____
- _____

2. Ha sofferto o soffre attualmente di malattie dell'apparato respiratorio?

Patologie	Data
<input type="checkbox"/> Broncopneumopatie croniche	_____
<input type="checkbox"/> Broncopneumopatie acute	_____
<input type="checkbox"/> Asma bronchiale	_____
<input type="checkbox"/> Enfisema	_____
<input type="checkbox"/> Fibrosi polmonare	_____
<input type="checkbox"/> Asbetosi	_____
<input type="checkbox"/> Tubercolosi	_____
<input type="checkbox"/> Tumori	_____
<input type="checkbox"/> Altre _____	_____

3. Ha sofferto o soffre attualmente di malattie dell'apparato cardiocircolatorio?

SI	NO
----	----

Patologie	Data
<input type="checkbox"/> Iperensione	_____
<input type="checkbox"/> Angina pectoris	_____
<input type="checkbox"/> Male al torace negli ultimi 12 mesi	_____
<input type="checkbox"/> Palpitazioni	_____
<input type="checkbox"/> Soffio cardiaco	_____
<input type="checkbox"/> ECG anormale	_____
<input type="checkbox"/> Aritmie	_____
<input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica/Infarto	_____
<input type="checkbox"/> Vizi valvolari	_____
<input type="checkbox"/> Varici	_____
<input type="checkbox"/> Tromboflebiti	_____
<input type="checkbox"/> Altre _____	_____

4. Ha sofferto o soffre attualmente di malattie dell'apparato digerente?

SI	NO
----	----

Patologie	Data
<input type="checkbox"/> Esofagite	_____
<input type="checkbox"/> Ernia iatale	_____
<input type="checkbox"/> Diverticolosi colica	_____
<input type="checkbox"/> Cirrosi epatica	_____
<input type="checkbox"/> Colite	_____
<input type="checkbox"/> Bruciore di stomaco ricorrente	_____
<input type="checkbox"/> Ulcera gastrica	_____
<input type="checkbox"/> Ulcera duodenale	_____
<input type="checkbox"/> Pancreatite	_____
<input type="checkbox"/> Patologie ano-rettali-colon	_____
<input type="checkbox"/> Epatite acuta	_____
<input type="checkbox"/> Epatite cronica	_____
<input type="checkbox"/> Calcolosi epato-biliare	_____
<input type="checkbox"/> Tumori	_____
<input type="checkbox"/> Altre _____	_____

5. Ha sofferto o soffre attualmente di malattie del sistema nervoso ed organi di senso?

Patologie	Data
<input type="checkbox"/> Cefalea	_____
<input type="checkbox"/> Ictus	_____
<input type="checkbox"/> Attacco ischemico transitorio	_____
<input type="checkbox"/> Depressione	_____
<input type="checkbox"/> Epilessia	_____
<input type="checkbox"/> Morbo di Parkinson	_____
<input type="checkbox"/> Sclerosi a placche	_____
<input type="checkbox"/> Sclerosi multipla	_____
<input type="checkbox"/> Malattia demielinizzante	_____
<input type="checkbox"/> Nevrosi Sindromi ansio-depressive	_____
<input type="checkbox"/> Distrofie muscolari/miastenia	_____
<input type="checkbox"/> Tumori	_____
<input type="checkbox"/> Altre _____	_____

6. Ha sofferto o soffre attualmente di malattie del sistema endocrino?

Patologie	Data
<input type="checkbox"/> Diabete mellito	_____
<input type="checkbox"/> Intolleranza al glucosio	_____
<input type="checkbox"/> Malattie dell'ipofisi	_____
<input type="checkbox"/> Malattie del surrene	_____
<input type="checkbox"/> Patologie della tiroide	_____
<input type="checkbox"/> Tumori	_____
<input type="checkbox"/> Altre _____	_____

SI	NO
----	----

7. Ha sofferto o soffre attualmente di malattie del sistema urogenitale e dell'apparato riproduttivo?

Patologie	Data
<input type="checkbox"/> Nefriti/Glomerulonefriti	_____
<input type="checkbox"/> Nefrosi acute e croniche	_____
<input type="checkbox"/> Calcolosi dei reni e delle vie urinarie	_____
<input type="checkbox"/> Insufficienza renale cronica	_____
<input type="checkbox"/> Ematuria o proteinuria	_____
<input type="checkbox"/> Glicosuria	_____
<input type="checkbox"/> Malattie o malformazioni renali	_____
<input type="checkbox"/> Malattie o disturbi della vescica	_____
<input type="checkbox"/> Malattie dell'utero - ovaie	_____
<input type="checkbox"/> Malattie della prostata	_____
<input type="checkbox"/> Malattie della mammella	_____
<input type="checkbox"/> Tumori	_____
<input type="checkbox"/> Altre _____	_____

SI	NO
----	----

8. Ha sofferto o soffre di malattie del sangue?

Patologie	Data
<input type="checkbox"/> Anemie	_____
<input type="checkbox"/> Emofilia	_____
<input type="checkbox"/> Tumori, leucemie, linfomi	_____
<input type="checkbox"/> Altre _____	_____

SI	NO
----	----

9. Ha sofferto o soffre attualmente di malattie dell'apparato immunologico e osteo-articolare?

SI	NO
----	----

Patologie	Data
<input type="checkbox"/> Artrite reumatoide	_____
<input type="checkbox"/> Lupus SLE	_____
<input type="checkbox"/> Artrosi	_____
<input type="checkbox"/> Tumori	_____
<input type="checkbox"/> Altre _____	_____

10. Ha sofferto o soffre attualmente di malattie della vista o dell'udito?

SI	NO
----	----

Patologie	Data
<input type="checkbox"/> Vizi di rifrazione (miopia, presbiopia)	_____
<input type="checkbox"/> Cataratta	_____
<input type="checkbox"/> Malattie della retina	_____
<input type="checkbox"/> Ostosclerosi	_____
<input type="checkbox"/> Otitis	_____
<input type="checkbox"/> Deficit udito	_____
<input type="checkbox"/> Deficit vista	_____
<input type="checkbox"/> Altre _____	_____

11. E' portatore di imperfezioni fisiche o funzionali?

SI	NO
----	----

Se sì, a carico di quale apparato? _____

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte fornite - anche se materialmente scritte da altri - sono esatte e veritiere e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza e riconosco che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società (art. 1892 e art. 1893 Codice Civile); dichiaro inoltre di dare consenso all'assicurazione sulla vita ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile in base alle Condizioni previste dalla Convenzione n...../P stipulata tra la Allianz S.p.A. e la _____

Prosciolgo dal segreto professionale e legale i medici ed Enti che possono o potrebbero avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, poiché le stesse sono essenziali ai fini della valutazione del rischio e dell'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto assicurativo vita da stipulare.

Prendo inoltre atto che il beneficio delle prestazioni assicurate spetta agli aventi diritto ai sensi di quanto disciplinato in Convenzione.

Luogo e data

FIRMA DELL'ASSICURANDO

CONSENSO RELATIVO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____ preso atto dell'informativa (di seguito riportata) relativa al trattamento dei dati personali, esprime il proprio consenso, ai sensi del D. Lgs. n.196/2003, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa.

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data

FIRMA DELL'ASSICURANDO

INFORMATIVA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali la Società informa sull'uso degli stessi e sui diritti dei soggetti interessati, ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n.196/2003). La Società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi a tali soggetti.

UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI¹

I dati forniti dai soggetti interessati o da altri che effettuano operazioni che li riguardano o che, per soddisfare loro richieste, forniscono alla Società informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc., sono utilizzati da Allianz S.p.A., da società del gruppo Allianz S.p.A. e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornire il prodotto assicurativo, nonché servizi e prodotti connessi o accessori, che i soggetti interessati hanno richiesto;
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione;

anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. Pertanto, la Società chiede ai soggetti interessati di esprimere il consenso per il trattamento dei dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi dagli stessi richiesti.

Per i servizi ed i prodotti assicurativi la Società ha necessità di trattare anche dati "sensibili" - strettamente strumentali all'erogazione degli stessi, come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri. Sono considerati sensibili i dati relativi, ad esempio, allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali ed alle convinzioni religiose dei soggetti interessati (art. 4, comma 1, lett. d) del Codice in materia di protezione dei dati personali). Il consenso riguarda, pertanto, anche tali dati per queste specifiche finalità.

Per tali finalità i dati dei soggetti interessati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

Il consenso riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo ad Allianz S.p.A. - Servizio Clienti - Pronto Allianz, C.so Italia n. 23 - 20122 Milano o al numero verde 800686868.

Senza tali dati la Società non potrebbe fornire ai soggetti interessati i servizi ed i prodotti assicurativi richiesti, in tutto o in parte. Alcuni dati, poi, devono essere comunicati dai soggetti interessati o da terzi per obbligo di legge, come previsto ad esempio dalla disciplina antiriciclaggio.

MODALITA' D'USO DEI DATI

I dati personali dei soggetti interessati sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire agli stessi i servizi, i prodotti e le informazioni da loro richieste anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

La Società informa che sono utilizzate le medesime modalità anche per comunicare, per tali fini, alcuni di questi dati ad altre aziende dello stesso settore, in Italia ed all'estero e ad altre aziende del suo stesso gruppo, in Italia ed all'estero.

Per taluni servizi, la Società utilizza soggetti di sua fiducia che svolgono, per suo conto, compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero. Questi soggetti sono diretti collaboratori della Società e svolgono la funzione del "responsabile" o dell' "incaricato" del suo trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del gruppo Allianz S.p.A. o della catena distributiva quali agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti.

In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, la Società precisa infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati dei soggetti interessati tutti i suoi dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti, nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e i soggetti interessati possono conoscerlo agevolmente e gratuitamente chiedendolo a Allianz S.p.A. - Servizio Clienti - Pronto Allianz, C.so Italia n. 23 - 20122 Milano o al numero verde 800686868 ove potranno conoscere anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Il consenso dei soggetti interessati riguarda pertanto anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro, ed è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del prodotto o servizio assicurativo richiesto e per la ridistribuzione del rischio.

La Società informa inoltre che i dati personali dei soggetti interessati non verranno diffusi.

I soggetti interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i loro dati e come essi vengono utilizzati. Hanno, anche, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento secondo quanto disposto dall'art. 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali (la cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge; per l'integrazione occorre vantare un interesse; il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo).

Per l'esercizio dei loro diritti i soggetti interessati possono rivolgersi a Allianz S.p.A. - Servizio Clienti - Pronto Allianz, C.so Italia n. 23 - 20122 Milano, numero verde 800686868, fax 02 7216.9145, e-mail privacy@allianz.it (il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento).

¹ Le finalità assicurative richiedono, come indicato nella raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per la prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative