

Allianz SpA
Vita Collettive Tradizionali
Assunzione e Gestione

Agenzia Broker Allianz Bank Financial Advisor

Codice: _____ Descrizione _____ Email _____
(da compilarsi obbligatoriamente)

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

DATI DEL CONTRAENTE

Convenzione n.: _____
 Denominazione sociale del Contraente: _____

DATI DELL'ASSICURANDO

Cognome e nome dell'Assicurato _____
 Data di nascita _____
 Codice fiscale _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

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

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 vefeniche, 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 o 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? ___/___/____

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 `uali? (Indicare anche 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 _____
 - Casi di grave diabete? 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 nervose o mentali? SI NO
Se sì `uali? (Indicare anche 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 `uali? (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 SI NO
per malattie e/o interventi chirurgici?
Se sì, per `uali cause? _____
Dove? _____
Quando? _____
Per `uanto tempo? _____
3. Specificare eventuali terapie effettuate nell'ultimo anno o tutt'ora in corso

4. Specificare se attualmente terapie effettuate nell'ultimo anno o tutt'ora in corso

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EFFETTUATI NEGLI ULTIMI 5 ANNI

			Data	Motivo	Risultato
a) Esami del sangue	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
b) Elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
c) Esami delle urine	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
d) Radiografie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
e) Encefalogramma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
f) Test HIV	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____

ANAMNESI PATOLOGICA

Ha sofferto o soffre attualmente di patologie gravi a carico di

SI

NO

Apparati	Data	Patologie
<input type="checkbox"/> Apparato respiratorio	_____	_____
<input type="checkbox"/> Apparato cardiocircolatorio	_____	_____
<input type="checkbox"/> Apparato digerente	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sistema urogenitale	_____	_____
<input type="checkbox"/> Apparato osteo-articolare	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sistema endocrino	_____	_____
<input type="checkbox"/> Malattie del sangue	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sistema nervoso	_____	_____
<input type="checkbox"/> Apparato riproduttivo	_____	_____
<input type="checkbox"/> Malattie dell'udito o della vista	_____	_____

- Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte fornite - anche se materialmente scritte da altri sono veritiere ed esatte 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, art. 1893 e art. 1894 Codice Civile).
- Prosciolgo dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono o potrebbero avermi curato o visitato e le altre persone a cui il beneficiario caso morte, anche dopo il verificarsi dell'evento, si rivolgesse per acquisire ogni informazione e documentazione, poichè le stesse sono essenziali ai fini della valutazione del rischio e dell'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto assicurativo vita sottoscritto, di cui la presente dichiarazione costituisce parte essenziale ed integrante.
- Quale soggetto interessato al trattamento dei propri dati personali da parte della Società, preso atto dell'Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza che mi è stata consegnata in occasione della sottoscrizione del presente questionario anamnestsico, consapevole che i dati personali oggetto di trattamento richiesti dalla Società prima della conclusione del contratto, come pure quelli che potranno essere richiesti successivamente in corso di contratto, sono essenziali ai fini della conclusione, gestione ed esecuzione del contratto stesso, acconsento al trattamento degli stessi per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti indicati nell'informativa suddetta.

Luogo e data

FIRMA DELL'ASSICURANDO

Per ulteriori informazioni o eventuali chiarimenti sul presente modulo inviare una e-mail a collettivevita.gestione@allianz.it