

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 (A)

DATI DEL CONTRAENTE

Convenzione n.: 8581/P

Denominazione sociale del Contraente FIBASERVICE-PROMETEO 2000 Srl

DATI DELL'ASSICURANDO

Cognome e nome dell'Assicurando _____

Data di nascita _____

Codice fiscale _____

DICHIARAZIONE 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 venefiche, esplosive, linee elettriche alta tensione, fonditura, lavori su impalcatura o tetti) SI NO

Se sì quale? _____

3. L'Assicurando pratica sports? SI NO

Se si 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 quali? (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 quali? (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 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. 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

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 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 8581/P stipulata tra la Allianz S.p.A. e la Prometeo 2000 S.r.l.

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

IL PRESENTE QUESTIONARIO ANAMNESTICO (A) DI CUI ALLE PAGG. 13 - 14 - 15, DEBITAMENTE COMPILATO E SOTTOSCRITTO (DOPPIA FIRMA), DEVE ESSERE RIMESSO IN ORIGINALE IN BUSTA CHIUSA, UNITAMENTE AL MODULO DI ADESIONE (PAG. 11) ED ALL'EVENTUALE MODULO DI PAG. 12, ALLA FIBA SERVICE PROMETEO 2000 SRL - VIA CORINALDO 18 - 60128 ANCONA, CHE PROVVEDERÀ A RIMETTERLO SUCCESSIVAMENTE PER LA CONSERVAZIONE ALL'AGENZIA ALLIANZ - RAS DI FORLÌ MOSCHINI PIEROTTI & PRATESI SRL - PIAZZA FALCONE E BORSELLINO N. 1 - 47100 FORLÌ - TEL. 0543404101 FAX 054361980.

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