

☐ Agenzia / ☐ Broker

Codice: _____ Descrizione: _____

Email: _____ (da compilarsi obbligatoriamente)

Da inviare tramite e-mail all'indirizzo
fondisanitari@allianz.it
indicando il nome del modulo nell'oggetto**DICHIARAZIONE DI BUONA SALUTE**

Convenzione n.: _____

Contraente: _____

Denominazione sociale

Cliente n.: _____

Denominazione: _____

Denominazione sociale

Io sottoscritto **Assicurato:**

Cognome e Nome

_____/_____/_____
Codice Fiscale Data di nascita

Luogo di nascita

Comune

Provincia

DICHIARO

di godere di buona salute, di non soffrire e di non aver sofferto in passato di malattie gravi o significative (vedasi elenco sul retro) ad esclusione delle patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni, ovvero 5 anni in caso di insorgenza della patologia oncologica prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per alcune patologie si applicano termini temporali ridotti come sotto riportati.

AVVERTENZA

Ai sensi della L.193/2023 per la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche, per la compilazione della presente Dichiarazione di buona salute che è necessaria per la stipula dell'assicurazione, **NON RILEVANO** e dunque **NON DEVONO ESSERE FORNITE INFORMAZIONI** relative a patologie oncologiche dalle quali l'assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni o 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età.

Per alcune patologie si applicano i termini temporali ridotti riportati nella seguente tabella:

TIPO TUMORE	SPECIFICAZIONI	ANNI DALLA FINE DEL TRATTAMENTO
Colon retto	Stadio I, qualsiasi età	1 anno
Colon retto	Stadio II/III, età > 21 anni	7 anni
Melanoma	Età > 21 anni	6 anni
Mammella	Stadio I/II, qualsiasi età	1 anno
Utero, collo	Età > 21 anni	6 anni
Utero, corpo	Qualsiasi età	5 anni
Testicolo	Qualsiasi età	1 anno
Tiroide	Donne età < 55 anni/Uomini età < 45 anni (esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi)	1 anno
Linfomi di Hodgkin	Età < 45 anni	5 anni
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5 anni

La tabella sopra riportata corrisponde all'Allegato 1 del Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 e può essere aggiornata, ove occorra, entro il 31 dicembre di ogni anno.

Pertanto, **SI RACCOMANDA** di considerare **SOLO** le eventuali patologie oncologiche per le quali il trattamento attivo **NON** si sia concluso, senza episodi di recidiva, da almeno 10 anni rispetto alla presente Dichiarazione di buona salute. Tale termine è ridotto a 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età. Per alcune patologie si applicano termini temporali ridotti come sopra riportati.

Consenso Privacy

- proscioglio dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono o potrebbero avermi curato o visitato e le altre persone a cui l'Impresa, anche dopo il verificarsi dell'evento assicurato, si rivolgesse per acquisire ogni informazione e documentazione, riconoscendo che tali informazioni e documentazione sono essenziali ai fini della valutazione del rischio e dell'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto assicurativo che verrà sottoscritto, di cui la presente dichiarazione costituirà parte essenziale ed integrante
- quale soggetto interessato al trattamento dei propri dati personali da parte dell'Impresa, 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 sanitario, consapevole che i dati personali oggetto di trattamento richiesti dall'Impresa 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

Firma dell'Assicurato ► _____

Luogo e data _____

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

Per **malattie gravi o significative** s'intendono:

Neoplasie maligne che interessino qualsiasi apparato, **Leucemie, Linfomi, Mielomi**

Malattie della pelle

- micosi fungoide, psoriasi di cute, articolazioni ed organi interni

Malattie immunopatologiche

- immunodeficienze primitive e/o acquisite (HIV), lupus eritematoso sistemico, poliarterite nodosa, porpore, sclerodermia, artrite reumatoide, connettiviti sistemiche e vasculiti

Malattie delle ossa e delle articolazioni

- artrosi severa deformante, morbo di Pott, morbo di Sudeck, osteomielite

Malattie dismetaboliche

- diabete insorto da oltre 10 anni, glicogenosi, lipoidosi, emocromatosi, colesterolemia superiore a 280 mg, trigliceridemia superiore a 300 mg, grave obesità, sindrome dismetabolica consistente nell'associazione di obesità, ipercolesterolemia ed ipertensione arteriosa

Malattie dell'apparato respiratorio

- insufficienza respiratoria dal grado moderato in su, bronchite cronica con enfisema, asma bronchiale severo, malattia fibrocistica, sarcoidosi, mucoviscidosi, asma allergico con pregresse crisi che abbiano comportato ricoveri, pneumotorace spontaneo, asportazione di polmone o parte di esso, ipertensione polmonare

Malattie dell'apparato cardiovascolare

- ipertensione arteriosa con valori superiori a 160/100, nonostante trattamento, fibrillazione atriale permanente, tachicardia parossistica ventricolare, blocco atrio/ventricolare di qualsiasi tipo, blocco completo di branca sx, endo o pericardite, cardiopatia ischemica e/o dilatativa, scompenso cardiaco, infarto, valvulopatie con stenosi e/o insufficienza, anche se di grado moderato, arteriopatie sistemiche, aneurismi

Malattie dell'apparato digerente

- rettocolite ulcerosa, epatopatia cronica HBV e/o HCV correlata, cirrosi epatica, fegato policistico, pancreatite cronica, malattia fibrocistica

Malattie dell'apparato uro-genitale

- insufficienza renale cronica, anche di grado lieve, malformazioni renali, adenoma prostatico

Malattie del sistema nervoso centrale e periferico

- vasculopatia cerebrale, aneurismi, ictus con o senza residue paralisi, morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, miastenia grave, sclerosi a placche, malattie demielinizzanti in genere, distrofie muscolari di ogni tipo, epilessia parziale o generalizzata, morbo di Alzheimer o altre demenze, postumi di meningo/encefalite, psicosi di qualsiasi tipo, sindrome di Down

Malattie degli organi di senso

- cecità completa, emicecità, cataratta bilaterale, in atto o operata senza successo, glaucoma, cheratocono in atto, nevrite ottica retrobulbare, edema papillare, retinopatie, qualunque sia la causa, riduzione severa dell'acuità visiva, da qualsiasi causa
- otomastoidite cronica complicata, malattia di Meniere, colesteatoma, sordità completa o insufficientemente corretta da protesi acustiche

Malattie delle ghiandole endocrine

- adenoma ipofisario di qualsiasi tipo, patologie tiroidee rilevanti, iper o ipoparatiroidismo, affezioni surrenaliche

Malattie del sangue e degli organi emolinfopoietici

- talassemia maior, anemia aplastica o sferocitica o autoimmune, emoglobinuria parossistica, policitemia vera, piastrinosi semplice, trombocitopenia essenziale, gammopatia monoclonale, amiloidosi, ipersplenismo, malattie che abbiano comportato asportazione di milza, emofilie

Per **interventi chirurgici significativi** s'intendono quegli interventi atti a curare le suddette malattie gravi o significative, compresi quelli protesici e di trapianto d'organo.