



CERTIFICATO ANAMNESTICO - CESSIONE DEL QUINTO DELLA PENSIONE

Adesione assicurativa N.: _____
Prodotto: _____

Pratica Finanziamento N.: _____
Ente Erogatore: Deutsche Bank Spa

Montante: _____

Dati dell'intermediario del credito (filiale, agenzia, altro)

Codice _____ Via/Piazza _____ n° _____ c.a.p. _____ Città _____

Referente _____ Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Dati del Debitore

Cognome e nome _____ Data di nascita _____ Età _____ Sesso _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Codice fiscale _____

Via/Piazza _____ n° _____ Città _____ c.a.p. _____

Professione _____ tel. _____/_____ cell. _____

Tipo documento (*) _____ N. _____ Rilasciato da _____ Data rilascio _____

Luogo rilascio _____

(*) 01=Carta d'identità; 02 Patente di guida; 03 Passaporto; 04 Porto d'armi; 05 Tessera postale; 06 Altro

IL PRESENTE QUESTIONARIO DOVRÀ ESSERE COMPILATO DAL PROPRIO MEDICO DI FIDUCIA, CHE APPORRÀ IL PROPRIO TIMBRO E FIRMA IN CALCE AL QUESTIONARIO STESSO, A CONVALIDA DELLE DICHIARAZIONI IN ESSO RIPORTATE IN PRESENZA DEL DEBITORE

Ai fini della validità della copertura assicurativa, il medico attesta lo stato di salute del Debitore e dichiara che il Debitore stesso:

• ha una differenza tra la altezza (espressa in cm) ed il peso (espresso in Kg) inferiore a 80 o superiore a 120 (es. 175 – 70 = 105)	SI	NO
• ha riconosciuta a tutt'oggi da una compagnia di assicurazione o dall'INPS una invalidità permanente da malattia superiore al 74% oppure di percepire pensione o assegno di invalidità per malattia o di aver presentato domanda per ottenerla (tale previsione non si applica nei casi di invalidità per cecità totale o parziale con residuo visivo superiore a un ventesimo in entrambi gli occhi o oppure nei casi riconosciuti sordomuti ai sensi della legge 26 maggio 1970 n. 38 e successive modificazioni e integrazioni)	SI	NO
• ha riconosciuta a tutt'oggi da una compagnia di assicurazione o dall'INPS una invalidità permanente definitiva totale da infortunio (superiore al 66%) oppure di percepire pensione o assegno di invalidità permanente definitiva totale per infortunio o di aver presentato domanda per ottenerla (in caso di risposta affermativa è necessario sottoporre alla compagnia il relativo verbale di invalidità)	SI	NO
• dichiara di fumare più di 20 sigarette al giorno	SI	NO

Luogo e data

FIRMA DEL DEBITORE

Medico: Nome _____ Cognome _____ Recapito Telefonico _____

Timbro e Firma del Medico: _____



Inoltre, il Medico dichiara che il Debitore ha ricevuto, negli ultimi 10 anni, una diagnosi o prescrizione di esami con esito patologico, cure continuative, trattamenti, subito interventi chirurgici, essere stato/a ricoverato/a o di essere in attesa di ricovero e/o intervento chirurgico o aver assunto farmaci in merito alle seguenti malattie:

1. malattie cardio-vascolari quali: infarto del miocardio, ischemia coronarica, patologie delle valvole cardiache, aritmie cardiache in trattamento anticoagulante orale o portatore di defibrillatore impiantabile, scompenso cardiaco cronico, aneurismi arteriosi (dell'aorta o di altre arterie periferiche), tromboembolia polmonare, l'ipertensione arteriosa grave non controllata dalla terapia o che abbia causato danni ad organi e/o apparati	SI	NO
2. malattie cerebrovascolari, inclusi ictus e attacco ischemico transitorio: aneurismi dei vasi cerebrali	SI	NO
3. morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, paresi/plegia, distrofia muscolare, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica e altre patologie neurodegenerative;	SI	NO
4. gravi malattie respiratorie, enfisema, bronchite cronica ostruttiva (bpcO), asma che abbiano reso necessario un ricovero ospedaliero, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria cronica, tubercolosi;	SI	NO
5. malattie HIV correlate, AIDS	SI	NO
6. malattie oncologiche, cancro, neoplasie maligne, incluso il tumore alla pelle (melanoma), leucemie e linfomi	SI	NO
7. malattie croniche del fegato quali cirrosi epatiche, cancro-cirrosi, epatite da virus B o C, colite ulcerosa, morbo di Crohn;	SI	NO
8. nefrite, insufficienza renale cronica;	SI	NO
9. ipercolesterolemia non sufficientemente controllata dai farmaci, diabete mellito che comporti trattamento farmacologico con insulina o con farmaci per via orale;	SI	NO
10. artrite reumatoide, lupus eritematoso sistemico, vasculiti, altre connettiviti;	SI	NO
11. trapianto d'organo	SI	NO
12. malattie correlate all'uso di stupefacenti e all'assunzione di alcol.	SI	NO

Io Sottoscritto Debitore, dichiaro, infine:

- di essere a conoscenza che l'accettazione della copertura da parte dell'Assicuratore è subordinata alla valutazione delle risposte fornite nel presente Certificato anamnestico;
- di prosciogliere dal segreto professionale il medico sotto riportato; e che le informazioni da lui qui fornite sono complete e veritiere; di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo a favore del beneficiario oltre alla cessazione dell'assicurazione stessa ai sensi degli artt. 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile;
- qualora, tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Accettazione e la data di decorrenza della copertura assicurativa, intervengano nuovi fattori inerenti il mio stato di salute, di essere consapevole di doverne dare sollecita comunicazione all'Assicuratore, anche per il tramite della Contraente, al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste;
- di essere consapevole che le dichiarazioni contenute nel presente documento saranno considerate valide purché il Certificato di Polizza venga emesso entro 90 (novanta) giorni dalla data della sottoscrizione del Certificato Anamnestico medesimo e che, diversamente, sarà tenuto a ripetere le formalità di ammissione alla copertura, anche se non sono intervenuti cambiamenti del mio stato di salute.

Luogo e data

FIRMA DEL DEBITORE

Medico: Nome _____ Cognome _____ Recapito Telefonico _____

Timbro e Firma del Medico: _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART.13 DEL D. LGS. 30 GIUGNO 2003 N.196) in favore di CARDIF ASSURANCE VIE

Ho preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornitami, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (il "Codice della Privacy"), da Cardif Assurance Vie. Sono consapevole che il mancato rilascio del consenso comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale tra la Compagnia e l'Ente erogante, quindi, da parte di questo ultimo, può causare la mancata instaurazione del Contratto di Finanziamento.

In ordine alla espressione di consenso al trattamento dei dati personali (Art. 23 D. Lgs 30 Giugno 2003 n.196), ivi compresi quelli sensibili (tra cui le informazioni di carattere sanitario fornite), per le finalità, con le modalità e a favore dei soggetti indicati nell'informativa ricevuta:

ACCONSENTO al trattamento.

Data

Firma del Debitore

ATTENZIONE: il Debitore deve trattenere una copia del presente documento e inviare l'originale, anche per il tramite del Contraente, a:
CARDIF ASSURANCE VIE – UFFICIO ASSUNZIONE – via Tolmezzo 15 Palazzo D – 20132 Milano



Tutela dei dati personali - Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196

Cardif Assurance Vie - Rappresentanza Generale per l'Italia (anche "Cardif VIE") – di seguito, la "Compagnia" - premesso che devono intendersi quale :

- "Contratto di Finanziamento" , il rapporto contrattuale di finanziamento, avente quale garanzia la cessione di quota (quinto) della pensione, attuata dal Debitore nei confronti dell'Ente Erogatore;
- "Ente Erogatore" l'Intermediario bancario e/o Finanziario che ha proceduto, conformemente al Contratto di Finanziamento, all'erogazione di finanziamento nei confronti del Debitore, sottoscrivendo un separato apposito accordo quadro con la Compagnia per la Copertura Assicurativa di specifico rischio (vita) inerenti al Contratto di Finanziamento stesso;
- "Debitore" il soggetto - anche qualificato "interessato" ai fini del D. Lgs. n. 196/2003 -, che ha sottoscritto il Contratto di Finanziamento con l'Ente Erogatore; "interessato" che risulta portatore del rischio sulla vita, nell'ambito del rapporto assicurativo sottoscritto dall'Ente erogatore con Cardif VIE;
- "Copertura Assicurativa", quanto specificamente e separatamente previsto al precedente alinea ai punti (per Cardif VIE)

informa che in relazione al Contratto di Finanziamento e per le finalità di copertura del rischio dell'Ente Erogatore di cui sopra tratterà i dati personali, ivi compresi i dati sensibili e/o giudiziari (quali le informazioni in merito allo stato di salute), dell'"Interessato", così come forniti dal medesimo Interessato e comunicati dall'Ente Erogatore, in qualità di Titolare autonomo del trattamento, secondo le modalità illustrate nella presente informativa,.

Il trattamento avviene ai fini, nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla Copertura Assicurativa di cui sopra, nonché per finalità derivanti da obblighi di Legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla Legge o da organi di vigilanza e di controllo. Il mancato conferimento dei dati, assolutamente facoltativo, può precludere l'instaurazione o l'esecuzione del contratto assicurativo tra Cardif e l'Ente erogatore.

Si specifica e separatamente evidenzia che: con riferimento ai dati "sensibili" il trattamento potrà avvenire solo con il consenso scritto degli Interessati.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e automatizzati, in forma cartacea e/o elettronica, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi.

All'interno della nostra Compagnia, possono venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti, le strutture o i collaboratori che svolgono per conto della Compagnia medesima servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.

La Compagnia può altresì comunicare i dati personali a soggetti appartenenti ad alcune categorie (oltre a quelle individuate per legge) affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni. Tra questi si citano: i soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (per esempio: intermediari, riassicuratori; coassicuratori) i soggetti che svolgono servizi bancari finanziari o assicurativi; le società appartenenti al Gruppo BNP Paribas Cardif, o comunque da esso controllate o allo stesso collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico dell'Assicuratore; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione, soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalla Compagnia anche nell'interesse della clientela; società di recupero crediti. I soggetti appartenenti a tali categorie, i cui nominativi sono riportati in elenchi aggiornati (disponibili presso le sedi della Compagnia) utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati dalla Compagnia "Responsabili" dei trattamenti di loro specifica competenza. La comunicazione potrà avvenire anche nel caso in cui taluno dei predetti soggetti risieda all'estero, anche al di fuori dell'UE, restando in ogni caso fermo il rispetto delle prescrizioni del D.Lgs n. 196/2003. Nel caso in cui i dati personali venissero trasferiti all'estero, si sottolinea che gli stessi potrebbero essere trattati con livelli di tutela differente rispetto alle previsioni della normativa vigente in Italia. In nessun caso i dati personali saranno trasferiti per finalità diverse da quelle necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata. La Compagnia non diffonde i dati personali degli Interessati.

Ogni Interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i propri dati personali trattati presso la Compagnia e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Per ottenere ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs n. 196/2003, è possibile rivolgersi a:

Cardif Assurance Vie - Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del Rappresentante Generale per l'Italia, pro- tempore, domiciliato per la funzione presso la sede di Via Tolmezzo/Palazzo D n. 15, 20132 Milano; e-mail privacy_it@cardif.com