

QUESTIONARIO MEDICO

Adesione assicurativa N.: _____ Pratica Finanziamento N.: _____ Prodotto: _____

Somma da Assicurare: _____ Durata periodo di ammortamento (in mesi): _____

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 VA REDATTO PERSONALMENTE DAL DEBITORE CHE DEVE FORNIRE RISPOSTE CHIARE ED ESAURIENTI A CIASCUNA DOMANDA

1. Nella sua parentela consanguinea si sono verificati casi di malattie cardiocircolatorie, ipertensione, insufficienza renale, diabete, tumori maligni, malattie nervose e mentali o altre a carattere ereditario (come corea di Huntington o morbo di Alzheimer)?

SI NO

Se sì, quali? (Indicare rapporto di parentela, l'età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età del decesso) _____

2. Il Debitore ha ottenuto il riconoscimento di stato di invalidità/ inabilità o ha in corso pratiche per tale riconoscimento?

SI NO

Se sì, allegare documentazione attestante percentuale, diagnosi, postumi, rilasciata dall'ente competente:

Civile INPDAI INPS INAIL ALTRO _____

per quale motivo? _____

3. Il Debitore, 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) – *Il Debitore non è tenuto a rispondere qualora la domanda non fosse ritenuta pertinente per sesso ed età.*

SI NO

Se sì, quale? _____

Data

Firma del Debitore

4. Il Debitore pratica sports? SI NO
Se sì quali? _____

Come professionista o dilettante ?

5. Il Debitore ha mai fatto uso di:

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

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

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

6. Altezza cm. _____ Peso Kg. _____

Il suo peso ha subito variazioni superiori al 10% negli ultimi 12 mesi?

SI NO

7. UOMO: è stato dichiarato idoneo al servizio militare?

SI NO

Se no, per quale motivo? _____

DONNA: è in stato di gravidanza? – *Il Debitore non è tenuto a rispondere qualora la domanda non fosse ritenuta pertinente per età.*

SI NO

Se sì, allegare certificato ginecologico aggiornato.

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

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

8. Negli ultimi 5 anni è stato ricoverato in Case di cura ospedali per malattie e/o interventi chirurgici?

SI NO

Se sì, per quali cause? _____

Dove? _____

Quando? _____

Per quanto tempo? _____

9. Specificare eventuali terapie continuative

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EFFETTUATI NEGLI ULTIMI 5 ANNI

		Data	Motivo	Nei limiti di norma	Fuori norma
a) Esami del sangue	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Esami delle urine	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ECO, RMN, TAC, RX	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Altro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In caso di esami "fuori norma", allegare relativa documentazione.

Data

Firma del Debitore

ANAMNESI PATOLOGICA

Ha sofferto o soffre attualmente di patologie a carico di

Apparati	Data insorgenza	Patologie
<input type="checkbox"/> Apparato respiratorio	_____	_____
<input type="checkbox"/> Apparato cardiocircolatorio	_____	_____
<input type="checkbox"/> Apparato digerente	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sistema urologico	_____	_____
<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 genitale	_____	_____
<input type="checkbox"/> Malattie dell'udito o della vista	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sistema metabolico	_____	_____

Io sottoscritto, Debitore, dichiaro, infine:

- di essere a conoscenza che l'accettazione della copertura da parte dell'assicuratore è subordinata alla valutazione delle risposte da me fornite nel presente Questionario;
- di essere consapevole che tali informazioni devono corrispondere a verità ed esattezza e 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, nonché la cessazione dell'assicurazione 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, al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste.
- di essere consapevole che le dichiarazioni contenute nel presente Questionario saranno considerate valide purché il Certificato di Polizza venga emesso entro 90 (novanta) giorni dalla data della sottoscrizione del Questionario medesimo e che, diversamente, sarà tenuto a ripetere le formalità di ammissione alla copertura, anche se non sono intervenuti cambiamenti del suo stato di salute.

Data

Firma del Debitore

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 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 indivati nell'informativa ricevuta :

CONSENTO al trattamento.

Data

Firma del Debitore

ATTENZIONE

*Il Debitore deve trattenere una copia del presente Questionario e inviargli l'originale,
a: CARDIF ASSURANCE VIE - Back Office Protezione – Ufficio Assunzioni, Via Tolmezzo n. 15 - Palazzo D, 20132
Milano.*

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 tratteranno 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 Titolari autonomi 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