CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

QUESTIONARIO MEDICO (CQS)

Pratica Finanziamento N.: _____
Prodotto: _____ **Ente Erogatore: FIDITALIA SPA**
Montante: _____ 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

		SI	NO
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) prima dei 65 anni? Se si, quali? (Indicare rapporto di parentela, l'età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età del decesso) _____ _____ _____ _____	☐	☐
2	Ha ottenuto il riconoscimento di stato di invalidità/ inabilità o ha in corso pratiche per tale riconoscimento? Se sì, allegare documentazione attestante percentuale, diagnosi, postumi, rilasciata dall'ente competente: Civile ☐ INPDAI ☐ INPS ☐ INAIL ☐ ALTRO ☐ _____ per quale motivo? _____	☐	☐
3	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.* *Se si, quale?*_____ _____	☐	☐

_____ _____

Data **Firma del Debitore**

FAC SIMILE

		SI	NO
4	Pratica sports? Se sì quali? _____ Come professionista ☐ o dilettante ☐ ?	☐	☐
5	Ha mai fatto uso di: Sostanze stupefacenti? Se sì quali? _____Quantità giornaliera? _____	☐	☐
	Alcool? Se sì quali? _____Quantità giornaliera? _____	☐	☐
	Tabacco? Se sì quali? _____Quantità giornaliera? _____	☐	☐
6	Altezza cm. _____Peso Kg. ____ Il suo peso ha subito variazioni superiori al 10% negli ultimi 12 mesi?	☐	☐
7	UOMO: è stato dichiarato idoneo al servizio militare? Se no, per quale motivo? _____	☐	☐
	DONNA: è in stato di gravidanza? (*non è tenuta a rispondere qualora la domanda non fosse ritenuta pertinente per età)* 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? Se sì, per quali cause?_____ Dove?_____ Quando?_____ Per quanto tempo?_____	☐	☐
9	Specificare eventuali terapie continuative_____ _____		

FAC SIMILE

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EFFETTUATI NEGLI ULTIMI 5 ANNI

		SI	NO	DATA	MOTIVO	NEI LIMITI DI NORMA	FUORI NORMA
a)	Esami del sangue	☐	☐			☐	☐
b)	Elettrocardiogramma	☐	☐			☐	☐
c)	Esami delle urine	☐	☐			☐	☐
d)	ECO, RMN, TAC, RX	☐	☐			☐	☐
e)	Altro	☐	☐			☐	☐

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

_____ **Data**

_____ **Firma del Debitore**

MALATTIE ONCOLOGICHE
DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

Con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193 non è tenuto a fornire informazioni relative allo stato di salute concernenti patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di patologia oncologica insorta prima dei 21 anni di età compiuti) e che, qualora avesse fornito erroneamente tali informazioni, le stesse non potranno essere utilizzate da Cardif Vie per la determinazione delle condizioni contrattuali.

Il Ministero della Salute ha emanato il **DM 22 marzo 2024 (in G.U. n. 96 del 24/4/2024)** con il quale definisce l'elenco delle patologie oncologiche per le quali è previsto un termine ridotto per maturare il diritto all'oblio rispetto al limite dei 10 anni (o 5 anni, se la diagnosi è precedente al compimento del ventunesimo anno di età) **dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico.**

Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, > 21 anni	7
Melanoma	> 21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	> 21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi < 55 anni Uomini con diagnosi < 45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	< 45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

1	Fermo restando quanto sopra descritto, è attualmente affetto da una patologia oncologica?	SI NO	Se SI indicare la patologia, la tipologia di trattamento e cura farmacologica in corso: _____
2	Fermo restando quanto sopra descritto, è stato sottoposto ad intervento chirurgico per la rimozione di una forma tumorale?	SI NO	Se SI indicare il tipo di intervento, quanto tempo fa è stato eseguito. _____
3	Fermo restando quanto sopra descritto, è attualmente sottoposto a radio e/o chemioterapia o altre terapie antitumorali?	SI NO	Se SI indicare il tipo di terapia, da quanto tempo e i motivi _____

Qualora riscontrasse difficoltà nel rispondere alle domande sopra indicate o non sia certo di essere al di fuori del perimetro temporale indicato dalla L. 7 Dicembre 2023 n. 193 e sue successive modifiche, secondo quanto previsto dal Decreto del 5 Luglio 2024, è suo diritto richiedere a una struttura sanitaria pubblica o privata accredita oppure al suo un medico curante o allo specialista per patologia oncologica oppure ancora al medico di medicina generale, il certificato di guarigione.
Le ricordiamo che il rilascio di tale certificazione non comporta oneri per il richiedente.

✓ **Luogo e data:** _____ **Firma del Debitore:** _____

FAC SIMILE

ANAMNESI PATOLOGICA

Ha sofferto o soffre attualmente di patologie a carico di

	APPARATI	DATA INSORGENZA	PATOLOGIE
☐	Apparato respiratorio		
☐	Apparato cardiocircolatorio		
☐	Apparato digerente		
☐	Sistema urologico		
☐	Apparato osteo-articolare		
☐	Sistema endocrino		
☐	Malattie del sangue		
☐	Sistema nervoso		
☐	Apparato genitale		
☐	Malattie dell'udito o della vista		
☐	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 valevoli purché il Certificato di Polizza venga emesso entro 120 (centoventi) giorni dalla data della sottoscrizione del Questionario medesimo e che, diversamente, sarò tenuto a ripetere le formalità di ammissione alla copertura, anche se non sono intervenuti cambiamenti del mio stato di salute.*

_____ _____

Data **Firma del Debitore**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Debitore ha preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita, ai sensi del GDPR, da Cardif VIE e Cardif RD tramite il documento "Informativa sulla protezione dei dati personali – CQS Debitori" nell'ambito della quale è chiarito che il trattamento dei relativi Dati Personali da parte di Cardif, forniti dal medesimo Debitore e/o comunicati dall'Ente Erogatore o acquisiti da terzi, riguarda anche dati appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art. 9 del Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR") (come ad esempio dati riferiti allo stato di salute o all'appartenenza sindacale – questi ultimi qualora, per esempio, risultanti dai documenti reddituali) necessari per la valutazione e copertura del rischio dell'Ente Erogatore e la gestione del relativo contratto assicurativo da parte della predette Compagnie.

Con la sottoscrizione in calce, **esprime dunque il proprio consenso al trattamento dei dati personali appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art. 9 del GDPR** effettuato da parte delle citate Compagnie e di tutti i soggetti diversi indicati nell'informativa, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa stessa.

Luogo e data _____ **Firma del Debitore** _____

ATTENZIONE
Il Debitore deve trattenere una copia del presente Questionario e inviarne l'originale, per il tramite del Contraente, alla Compagnia

FAC SIMILE

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI – CQS DEBITORI

Art. 13 e 14 del Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "**GDPR**")

Ai fini della presente Informativa i termini di seguito riportati hanno il significato indicato:
"**Debitore**" è la persona fisica, mera portatrice del rischio assicurato con la Polizza Vita, che stipula un Finanziamento con l'Ente Erogatore e che, ai fini del suo rimborso, dispone di una quota della propria retribuzione mensile in favore dello stesso Ente Erogatore. Ai fini della presente informativa il Debitore è indicato anche come "Interessato", ai sensi del GDPR, in quanto soggetto a cui si riferiscono i dati personali oggetto di trattamento.
"**Ente Erogatore**" è la banca o la finanziaria che stipula il Finanziamento con il Debitore e che, separatamente, stipula una copertura assicurativa per specifici rischi inerenti al Finanziamento, cioè, segnatamente, la Polizza Vita con Cardif Assurance Vie, Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito, "Cardif VIE") e la Polizza Danni con Cardif Assurances Risques Divers, Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito, "Cardif RD").
"**Finanziamento**" è il contratto di prestito in valuta Euro da rimborsarsi mediante disposizione di quote dello stipendio del Debitore, sottoscritto tra quest'ultimo e l'Ente Erogatore, in relazione al quale lo stesso Ente Erogatore stipula la Polizza Vita e la Polizza Danni.
"**Polizza Danni"** è il contratto di assicurazione sottoscritto dall'Ente Erogatore ed in base al quale Cardif RD concede una copertura contro il rischio di perdite patrimoniali determinate dalla perdita di impiego del Debitore e della conseguente cessazione dell'erogazione, da parte del datore di lavoro, di una quota dello stipendio del Debitore a causa della conclusione del relativo rapporto di lavoro (per ragioni diverse dal decesso del Debitore), laddove non sia stato possibile altrimenti continuare l'ammortamento o recuperare il credito residuo del Finanziamento.
"**Polizza Vita**" è il contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio sottoscritto dall'Ente Erogatore ed in base al quale Cardif Vie concede una copertura per il caso di decesso del Debitore, previo consenso di quest'ultimo.
"**Polizze**" sono la Polizza Danni e la Polizza Vita insieme considerate.

Cardif Vie e **Cardif RD** (in seguito, anche, congiuntamente, l'"**Assicuratore**") informano che in relazione al Finanziamento e per le finalità di preventiva valutazione e copertura del rischio dell'Ente Erogatore e di gestione del relativo contratto assicurativo sono tenute ad acquisire alcuni dati personali del Debitore.
Cardif Vie e Cardif RD tratteranno tali dati personali del Debitore - ivi compresi, ove indispensabili per fornire i servizi assicurativi in esame e previa acquisizione del relativo consenso, quelli appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art. 9 del GDPR (come ad esempio dati riferiti allo stato di salute - così come forniti dal medesimo Debitore e/o comunicati dall'Ente Erogatore o acquisiti da terzi (ad esempio in caso di richiesta di documentazione medica post decesso), in qualità di Titolari autonomi del trattamento.
Eventuali ulteriori dati particolari contenuti nella documentazione consegnata dal Debitore (a titolo esemplificativo dati riferiti all'appartenenza sindacale) non saranno oggetto di trattamento per i fini sopra descritti.

Il trattamento dei dati personali non appartenenti a categorie particolari avviene inoltre per il perseguimento di legittimi interessi connessi alla preventiva valutazione e verifica dei rischi assicurati dall'Ente Erogatore relativamente al Finanziamento concesso al Debitore, per la gestione dell'esposizione al rischio assicurativo da parte degli Assicuratori ed all'attuazione delle obbligazioni derivanti dalle Polizze, allo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi e all'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché per l'adempimento dei correlati obblighi previsti dalla Legge, dai regolamenti, dalla normativa comunitaria, dalle disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla Legge o da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati è necessario per tali finalità e la loro mancanza, può precludere l'attivazione da parte dell'Assicuratore della copertura assicurativa dei rischi riferiti al Finanziamento stipulato dal Debitore con l'Ente Erogatore.
I dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per un periodo di due anni in caso di mancata ammissione alla copertura assicurativa, ai fini della verifica di successive richieste di analoghe coperture legate alla cessione del quinto e coinvolgenti il medesimo Debitore, mentre in caso di attivazione di quest'ultima, per la durata delle Polizze e, al loro termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola,10 anni, salvo eventuali contenziosi).
All'interno dell'Assicuratore, possono venire a conoscenza dei dati personali, quali persone autorizzate, i dipendenti o i collaboratori delle strutture a ciò preposte dall'Assicuratore e i soggetti che, quali Responsabili del trattamento, svolgono per conto dell'Assicuratore medesimo servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.
L'Assicuratore, per le finalità di cui sopra, può altresì comunicare i dati personali a soggetti appartenenti alle seguenti categorie:

FACSIMILE

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 dall’Assicuratore 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 dell’Assicuratore) utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomi “Titolari”, o nel caso in cui effettuino i trattamenti di tali dati per conto dell’Assicuratore in qualità di “Responsabili” dei trattamenti di loro specifica competenza, nel rispetto degli specifici obblighi previsti contrattualmente con l’Assicuratore.
L’eventuale trasferimento di dati personali a soggetti stabiliti in Paesi al di fuori dall’Unione Europea o a un’organizzazione internazionale che non abbiano sistemi adeguati di protezione dei dati (riconosciuti dalla Commissione europea), ove necessario per l’esecuzione delle attività e degli obblighi derivanti dalla copertura assicurativa stipulata, sarà comunque effettuato nel rispetto dei presupposti e delle adeguate garanzie indicate dal GDPR (per esempio: clausole contrattuali tipo approvate dalla Commissione Europea, Norme Vincolati di Impresa, etc.).
Il GDPR garantisce all’Interessato il diritto di accedere in ogni momento ai dati che lo riguardano ed ottenerne copia, di rettificarli ed integrarli se inesatti o incompleti, di cancellarli o limitarne il trattamento ove ne ricorrano i presupposti, di opporsi al loro trattamento per motivi legati alla propria situazione particolare, oltre eventualmente al diritto di chiedere la portabilità dei dati forniti dal medesimo ove raccolti e trattati in modo automatizzato sulla base del consenso o per l’esecuzione del contratto. Resta infine fermo il diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dati personali, ove ritenuto necessario per la tutela dei propri dati personali e dei propri diritti.

Per qualsiasi richiesta di informazioni o per esercitare i diritti sopra indicati, è possibile contattare il Data Protection Officer (il “DPO”, responsabile della protezione dei dati dell’Assicuratore) a mezzo *e-mail* o posta ordinaria, ai seguenti recapiti:

Data Protection Officer

> data.protection.italy@cardif.com

> P.za Lina Bo Bardi, 3
  20124 Milano

Il richiedente dovrà allegare una scansione/copia del suo documento di identità per finalità di identificazione.

FAC SIMILE