



QUESTIONARIO MEDICO (CQP)

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

Prodotto: _____ Ente Erogatore: FIDITALIA S.P.A.

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

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?

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 _____ 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, 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 dichiara di essere stato reso edotto che il trattamento dei suoi Dati Personali da parte dell'Ente Erogatore comporta anche la comunicazione di tali dati, ivi compresi quelli 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) a Cardif VIE per le differenti finalità di copertura del rischio dell'Ente Erogatore e di gestione del relativo contratto assicurativo da parte della predetta compagnia e che tale conferimento è necessario per dare esecuzione al rapporto contrattuale assicurativo.

Il Debitore dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita, ai sensi del GDPR, da Cardif VIE tramite il documento "Informativa sulla protezione dei dati personali – CQP Debitori". 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 della citata compagnia 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



INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI – CQP DEBITORI

Art. 13 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 pensione 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”).

“**Finanziamento**” è il contratto di prestito in valuta Euro da rimborsarsi mediante disposizione di quote della pensione del Debitore, sottoscritto tra quest’ultimo e l’Ente Erogatore, in relazione al quale lo stesso Ente Erogatore stipula la Polizza Vita.

“**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.

Cardif Vie (in seguito, anche l’“**Assicuratore**”) informa che in relazione al Finanziamento e per le finalità di copertura del rischio dell’Ente Erogatore e di gestione del relativo contratto assicurativo è tenuta ad acquisire alcuni dati personali del Debitore.

Cardif Vie tratterà 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 o all’appartenenza sindacale - questi ultimi qualora, per esempio, risultanti dai documenti reddituali) - 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 Titolare autonomo del trattamento.

Il trattamento avviene per il perseguimento di legittimi interessi connessi alla verifica dei rischi assicurati dall’Ente Erogatore relativamente al Finanziamento concesso al Debitore ed all’attuazione delle obbligazioni derivanti dalla Polizza, 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 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 può altresì comunicare i dati personali a soggetti appartenenti alle seguenti categorie: 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.