



CERTIFICATO ANAMNESTICO - CQP

Pratica Finanziamento N.: _____ Prodotto: _____

Ente Erogatore: FIDITALIA 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:

<ul style="list-style-type: none"> 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) 	<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>	SI	NO
SI	NO		
<ul style="list-style-type: none"> ha ottenuto il riconoscimento da parte di una compagnia di assicurazione o dall'INPS di invalidità permanente o ha ottenuto il riconoscimento di assegni di invalidità / inabilità / indennità di accompagnamento oppure ha presentato domanda per ottenerli? Se Si allegare il verbale di riconoscimento dell'invalidità ed indicare sinteticamente qui di seguito le lesioni che hanno condotto al riconoscimento di indennizzo/risarcimento <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>	SI	NO
SI	NO		
<ul style="list-style-type: none"> fuma più di 20 sigarette al giorno? 	<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>	SI	NO
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 o bronchite cronica ostruttiva (bpco), asma che abbiano reso necessario un ricovero ospedaliero, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria cronica, tubercolosi, Covid	SI	NO
5	malattie HIV correlate, AIDS (hiv, aids e malattie correlate)	SI	NO
6	malattie oncologiche (In tutti questi casi compilare tenendo in considerazione quanto sotto riportato in merito alla tematica dell'Oblio Oncologico)	SI	NO
7	malattie croniche del fegato e delle vie biliari (cirrosi epatiche, epatite B o C,) e malattie infiammatorie intestinali croniche (colite ulcerosa, morbo di Crohn)	SI	NO
8	insufficienza renale cronica	SI	NO
9	ipercolesterolemia (iperlipemia) non sufficientemente controllata dai farmaci, diabete mellito in 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

Il Debitore ha 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", 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) necessari per la valutazione e copertura del rischio dell'Ente Erogatore e la gestione del relativo contratto assicurativo da parte della predetta Compagnia.

Con la sottoscrizione in calce, il Debitore **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 documento e inviare l'originale, per il tramite del Contraente, alla Compagnia.



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

MALATTIE ONCOLOGICHE

1	Fermo restando quanto sopra descritto, è attualmente affetto da una patologia oncologica? <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</div>	Se SI indicare quale patologia, 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? <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</div>	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? <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</div>	Se SI indicare il tipo di terapia, da quanto tempo e i motivi _____ _____ _____

✓ **Luogo e data:** _____

Firma del Debitore: _____

Timbro e firma del Medico curante: _____



INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI – CQP 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 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 preventiva valutazione e 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) - 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.

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 dell’Assicuratore 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 un periodo di due anni in caso di mancata ammissione alla copertura assicurativa, ai fini della verifica di successive richieste di analoga copertura legata 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: 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



INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI – MEDICO

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

Cardif Vie (in seguito, anche l’“Assicuratore”) tratterà i dati personali del Medico (forniti dal medesimo Medico e/o acquisiti da terzi - ad esempio in caso in cui siano forniti dal Debitore compilando la modulistica fornita dall’Assicuratore) per legittimi interessi dell’Assicuratore connessi alla gestione del rapporto contrattuale instaurando con il Debitore in qualità di Titolare autonomo del trattamento.

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 analoga copertura legata alla cessione del quinto e coinvolgenti il medesimo Debitore, mentre in caso di attivazione di quest’ultima, per la durata della Polizza 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: 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 archiviazione della documentazione, 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.