CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

RAPPORTO DI VISITA MEDICA

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

Montante: _____Durata periodo di ammortamento (in mesi): _____

Dati dell'intermediario del credito: Codice _____Via/Piazza _____n° ___ c.a.p. _____

Città _____Referente_____Tel. _____Fax _____e-mail_____

Istruzioni per la Formalità Assuntiva Visita Medica

Il Debitore dovrà effettuare la visita medica durante la quale il suo medico di fiducia provvederà a compilare il Rapporto di Visita Medica.

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

PARTE A) DICHIARAZIONI DEL DEBITORE

1	Tra i suoi familiari ci sono malattie ereditarie o si sono verificati casi di malattie cardiocircolatorie (infarti cardiaci, ictus, trombosi venose profonde e/o embolie), insufficienza renale cronica, diabete, tumori maligni, malattie neurologiche (come Parkinson o Alzheimer o psichiatriche prima dei 65 anni?	SI NO	Se SI indicare quali malattie e il grado di parentela
2	Ha praticato accertamenti diagnostici negli ultimi 5 anni tra quelli di seguito indicati: ECG, EEG, esami radiologici (Rx, TAC, RMN, ecografie), esami del sangue o delle urine, biopsie?	SI NO	Se SI indicare quali, quanto tempo fa e per quali motivi
3	È mai stato ricoverato in Ospedali o Case di cura?	SI NO	Se SI indicare per quali motivi, dove e quanto tempo fa
4	Ha subito eventi traumatici?	SI NO	Se SI indicare per quali motivi, quanto tempo fa e gli esiti
5	Soffre di malattie congenite o ereditarie?	SI NO	Se SI indicare quali, da quanto tempo e terapie attuali
6	Soffre di malattie della vista e/o dell'udito?	SI NO	Se SI indicare quali, da quanto tempo
7	Soffre o ha sofferto di malattie infettive? *(HIV, malattie tropicali, difterite, meningite, Covid, altro)*	SI NO	Se SI indicare quali, quanto tempo fa, esiti e terapie attuali
8	Ha subito variazioni di peso negli ultimi 12 mesi? *(almeno 6-7 kg in più o meno)*	SI NO	Se SI indicare quanti chili in più o in meno

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

FAC SIMILE

9	È stato sottoposto a emotrasfusioni e/o a terapie a base di emoderivati?	SI NO	Se SI indicare quanto tempo fa e i motivi
10	Fruisce o ha fruito di assegni di invalidità / inabilità / accompagnamento o ha presentato domanda per ottenerli?	SI NO	Se SI indicare l'esito della domanda e i motivi
11	PER GLI UOMINI: è stato riformato alla visita per il servizio militare?	SI NO	Se SI indicare il motivo
12	PER LE DONNE IN ETA' FERTILE: è in stato di gravidanza?	SI NO	Se SI indicare il periodo di gestazione
13	Fuma o ha mai fumato negli ultimi 24 mesi?	SI NO	Se SI indicare la quantità giornaliera
14	Beve alcolici?	SI NO	Se SI indicare la quantità giornaliera
15	Fa o ha fatto uso di sostanze stupefacenti?	SI NO	Se SI indicare quali, da quando o per quanto tempo
16	Pratica sports?	SI NO	Se SI indicare quali e il livello ☐ Professionista ☐ Dilettante
17	Ha intrapreso negli ultimi 6 mesi, o prevede di intraprendere, viaggi al di fuori dell'Europa occidentale?	SI NO	Se SI indicare dove, per quanto tempo e i motivi
18	Chi è il suo medico curante abituale e/o di famiglia?		Quando lo ha consultato l'ultima volta? Per quale motivo?

FAC SIMILE

✓ **Luogo e 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 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?	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

Luogo e data: _____Firma del Debitore: _____

Timbro e firma del Medico curante: _____

FAC SIMILE

ANAMNESI PATOLOGICA		
Ha sofferto o soffre di malattie a carico di: *(apporre la spunta solo in caso affermativo)* *(*) In tutti questi casi compilare tenendo in considerazione quanto sopra chiarito in merito alla tematica dell'Oblio Oncologico*		Da quanto tempo, trattamento eseguito, terapia attuale (in caso di farmaci nome e dosaggi)
Apparato Respiratorio SI NO	☐ Bronchite Cronica ☐ Asma ☐ Enfisema ☐ Fibrosi Polmonare ☐ Asbestosi ☐ Tubercolosi ☐ Tumori(*) ☐ Altre malattie o disturbi	_____ _____ _____
Apparato Cardiocircolatorio SI NO	☐ Angina ☐ Ipertensione arteriosa ☐ Aritmie ☐ Malattie delle valvole cardiache ☐ Fibrillazione atriale o disturbi del ritmo cardiaco ☐ Infarto/Attacco cardiaco ☐ Altre malattie o disturbi	_____ _____ _____ _____ _____
Apparato Digerente SI NO	☐ Colite ☐ Gastrite ☐ Ulcera ☐ Reflusso gastro-esofageo ☐ Ittero ☐ Tumori(*) ☐ Epatite virale B o C ☐ Cirrosi Epatica ☐ Altre malattie o disturbi	_____ _____ _____ _____
Sistema nervoso e/o della psiche SI NO	☐ Ictus e/o attacco ischemico transitorio ☐ Epilessia ☐ Sclerosi multipla o a placche o SLA ☐ Paralisi ☐ Parkinson ☐ Tumori(*) ☐ Sindromi ansioso depressive ☐ Alzheimer ☐ Altre malattie o disturbi ☐ Psicosi o manie	_____ _____ _____ _____ _____
Sistema endocrino SI NO	☐ Diabete ☐ Malattie della tiroide ☐ Obesità ☐ Tumori(*) ☐ Altre malattie o disturbi	_____ _____ _____
Sistema urogenitale SI NO	☐ Nefriti ☐ Sindrome nefrosica ☐ Tumori(*) ☐ Insufficienza renale ☐ Altre malattie a reni, vescica, uretra, ureteri	_____ _____ _____
Malattie del Sangue SI NO	☐ Anemia ☐ Emofilia ☐ Leucemia ☐ Mieloma ☐ Linfoma ☐ Altre malattie o disturbi	_____ _____ _____
Malattie reumatologiche/osteoarticolari SI NO	☐ Artrite reumatoide ☐ Lupus eritematoso sistemico ☐ Connettiviti ☐ Artroprotesi ☐ Tumori(*)	_____ _____ _____
Altri tumori non elencati(*) *(ai punti precedenti)* SI NO	☐ Melanoma ☐ Tumori della prostata ☐ Tumori della mammella ☐ Tumori di utero o ovaie ☐ Altri tumori	_____ _____ _____

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 Rapporto; 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 a favore del beneficiario, 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 Rapporto saranno considerate valevoli purché il Certificato di Polizza venga emesso entro 90 (novanta) giorni dalla data della sottoscrizione del Rapporto 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:** _____

(apposta in presenza del Medico esaminatore)

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:** _____

FACSIMILE

PER IL MEDICO ESAMINATORE

- conosce personalmente il Debitore? **NO** ☐ **SI** ☐
- è suo parente? **NO** ☐ **SI** ☐
- è suo medico di famiglia? **NO** ☐ **SI** ☐

Il medico esaminatore, inoltre, conferma:

- che le dichiarazioni di cui sopra sono state scritte personalmente ☐
- che le dichiarazioni di cui sopra sono state scritte dal Debitore in sua presenza ☐

PARTE B – ESAME OBIETTIVO

Dati del Medico:
Cognome e Nome_____ Codice Fiscale _____
Tel._____Via/Piazza _____ n. _____Città_____

Condizioni Generali
ALTEZZA: cm _____ PESO: Kg _____
PRESSIONE ARTERIOSA:
Sistolica _____ Diastolica _____Frequenza cardiaca _____

L'aspetto della pelle e delle mucose visibili è nei limiti di norma?	SI NO	Se NO, indicare i motivi
Vi sono affezioni cutanee?	SI NO	Se SI, indicare i motivi
Vi sono cicatrici?	SI NO	Se SI indicarne natura e sede
Masse muscolari normali?	SI NO	Se NO, indicare i motivi
Apparato Muscolo scheletrico normale?	SI NO	Se NO, indicare i motivi
Tiroide nei limiti?	SI NO	Se NO, indicare i motivi
Apparato respiratorio nella norma? *(voce e semeiotica respiratoria)*	SI NO	Se NO, indicare i motivi
Apparato Cardiocircolatorio nella norma? *(semeiotica cardiologica, polso radiale, presenza di edemi e/o varici)*	SI NO	Se NO, indicare i motivi
Apparato Digerente nella norma? *(cavo orale e semeiotica addominale, con particolare riferimento a fegato, milza, punti dolorabili presenza di ernie o laparoceli)*	SI NO	Se NO, indicare i motivi
Apparato Genito Urinario nella norma?	SI NO	Se NO, indicare i motivi
Sistema nervoso e Psichico nella norma? *(timia, orientamento, vigilanza, presenza di tremori, paresi, plegie, alterazioni statico deambulatorie)*	SI NO	Se NO, indicare i motivi
Organi di senso nella norma? *(alterazioni di vista, udita, olfatto)*	SI NO	Se NO, indicare i motivi

✓ **Data:** _____ **Timbro e Firma del Medico:** _____

FACSIMILE

Dichiaro, infine, di aver preso visione dei seguenti esami diagnostici effettuati dal Debitore negli ultimi 2 anni *(qualora non eseguiti, si richiede di effettuarli prima della compilazione del presente modulo)*:

ESAME DELLE URINE IN LABORATORIO Tutti i valori sono nella norma?	SI NO	Se NO, indicare i motivi _____ _____ _____
ESAMI EMATOCHIMICI *(HbsAg – Anti HCV – Glicemia – Emocromo completo – VES – colesterolo HDL e LDL – Trigliceridi – Creatinina – Acido Urico)* Tutti i valori sono nella norma?	SI NO	Se NO, indicare i motivi _____ _____ _____
ECG BASALE / DA SFORZO NELLA NORMA? *(ECG da sforzo solo qualora il medico lo ritenga necessario per una adeguata valutazione del quadro cardiologico)*	SI NO	Se NO, indicare i motivi _____ _____ _____
ALTRE INDAGINI VISIONATE Precisare tipologia ed esito _____ _____ _____		
GIUDIZIO DIAGNOSTICO CONCLUSIVO SULLO STATO DI SALUTE DEL SOGGETTO ☐ buono ☐ mediocre ☐ cattivo		
EVENTUALI ESAMI SUPPLEMENTARI UTILI ALLA VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE (qualora necessari indicare la tipologia e i motivi) _____ _____ _____		

La visita medica è stata eseguita nel Comune di:_____ Luogo: _____

Alle ore: _____ Del giorno: _____

✓ **Firma del Medico: _____Qualifica*: _____**

** Consulente, Fiduciario, Ospedaliero (grado e nosocomio), Ufficiale sanitario o condotto (indicare il Comune), Libero professionista*

✓ **Domicilio: _____ Timbro e Firma del Medico _____**

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

FACSIMILE

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

FACSIMILE

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.

FACSIMILE