



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?)	Se SI indicare quali malattie e il grado di parentela _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
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?	Se SI indicare quali, quanto tempo fa e per quali motivi _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3	È mai stato ricoverato in Ospedali o Case di cura?	Se SI indicare per quali motivi, dove e quanto tempo fa _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4	Ha subito eventi traumatici?	Se SI indicare per quali motivi, quanto tempo fa e gli esiti _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5	Soffre di malattie congenite o ereditarie?	Se SI indicare quali, da quanto tempo e terapie attuali _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6	Soffre di malattie della vista e/o dell'udito?	Se SI indicare quali, da quanto tempo _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7	Soffre o ha sofferto di malattie infettive? (HIV, malattie tropicali, difterite, meningite, Covid, altro)	Se SI indicare quali, quanto tempo fa, esiti e terapie attuali _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
8	Ha subito variazioni di peso negli ultimi 12 mesi? (almeno 6-7 kg in più o meno)	Se SI indicare quanti chili in più o in meno _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

✓ **Luogo e data:** _____

Firma del Debitore: _____



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

✓ **Luogo e data:** _____

Firma del Debitore: _____



ANAMNESI PATOLOGICA

Ha sofferto o soffre di malattie a carico di: <i>(apporre la spunta solo in caso affermativo)</i>		Da quanto tempo, trattamento eseguito, terapia attuale (in caso di farmaci nome e dosaggi)
Apparato Respiratorio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Bronchite Cronica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Fibrosi Polmonare <input type="checkbox"/> Asbestosi <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> Tumori <input type="checkbox"/> Altre malattie o disturbi	_____
Apparato Cardiocircolatorio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa <input type="checkbox"/> Aritmie <input type="checkbox"/> Malattie delle valvole cardiache <input type="checkbox"/> Fibrillazione atriale o disturbi del ritmo cardiaco <input type="checkbox"/> Infarto/Attacco cardiaco <input type="checkbox"/> Altre malattie o disturbi	_____
Apparato Digerente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Colite <input type="checkbox"/> Gastrite <input type="checkbox"/> Ulcera <input type="checkbox"/> Reflusso gastro-esofageo <input type="checkbox"/> Ittero <input type="checkbox"/> Tumori <input type="checkbox"/> Epatite virale B o C <input type="checkbox"/> Cirrosi Epatica <input type="checkbox"/> Altre malattie o disturbi	_____
Sistema nervoso e/o della psiche <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Ictus e/o attacco ischemico transitorio <input type="checkbox"/> Epilessia <input type="checkbox"/> Sclerosi multipla o a placche o SLA <input type="checkbox"/> Paralisi <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Tumori <input type="checkbox"/> Sindromi ansioso depressive <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Altre malattie o disturbi <input type="checkbox"/> Psicosi o manie	_____
Sistema endocrino <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Malattie della tiroide <input type="checkbox"/> Obesità <input type="checkbox"/> Tumori <input type="checkbox"/> Altre malattie o disturbi	_____
Sistema urogenitale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Nefriti <input type="checkbox"/> Sindrome nefrosica <input type="checkbox"/> Tumori <input type="checkbox"/> Insufficienza renale <input type="checkbox"/> Altre malattie a reni, vescica, uretra, ureteri	_____
Malattie del Sangue <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Emofilia <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Mieloma <input type="checkbox"/> Linfoma <input type="checkbox"/> Altre malattie o disturbi	_____
Malattie reumatologiche/osteoarticolari <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Artrite reumatoide <input type="checkbox"/> Lupus eritematoso sistemico <input type="checkbox"/> Connettiviti <input type="checkbox"/> Artroprotesi <input type="checkbox"/> Tumori	_____
Altri tumori non elencati <i>(ai punti precedenti)</i> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Tumori della prostata <input type="checkbox"/> Tumori della mammella <input type="checkbox"/> Tumori di utero o ovaie <input type="checkbox"/> 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 valide purché il Certificato di Polizza venga emesso entro 120 (centoventi) 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 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 e Cardif RD per le differenti finalità di copertura del rischio dell'Ente Erogatore e di gestione del relativo contratto assicurativo da parte delle predette compagnie 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 e Cardif RD tramite il documento "Informativa sulla protezione dei dati personali – CQS 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 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: _____



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?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se NO, indicare i motivi _____
Vi sono affezioni cutanee?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare i motivi _____
Vi sono cicatrici?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI indicarne natura e sede _____
Masse muscolari normali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se NO, indicare i motivi _____
Apparato Muscolo scheletrico normale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se NO, indicare i motivi _____
Tiroide nei limiti?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se NO, indicare i motivi _____
Apparato respiratorio nella norma? (voce e semeiotica respiratoria)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se NO, indicare i motivi _____
Apparato Cardiocircolatorio nella norma? (semeiotica cardiologica, polso radiale, presenza di edemi e/o varici)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se NO, indicare i motivi _____
Apparato Genito Urinario nella norma?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se NO, indicare i motivi _____
Sistema nervoso e Psicico nella norma? (timia, orientamento, vigilanza, presenza di tremori, paresi, plegie, alterazioni statico deambulatorie)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se NO, indicare i motivi _____
Organi di senso nella norma? (alterazioni di vista, udita, olfatto)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se NO, indicare i motivi _____

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



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?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se NO, indicare i motivi _____ _____
ALTRE INDAGINI VISIONATE Precisare tipologia ed esito _____ _____		
GIUDIZIO DIAGNOSTICO CONCLUSIVO SULLO STATO DI SALUTE DEL SOGGETTO <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> mediocre <input type="checkbox"/> 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



INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI – 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 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 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 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 Titolari autonomi 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 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 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

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI – MEDICO

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

Cardif Vie e Cardif RD (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 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 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.