CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

CQP050

CARDIF CQP – MODULO DI ACCETTAZIONE COPERTURA ASSICURATIVA CONTRO IL RISCHIO DECESSO

L'operazione di finanziamento deve essere assicurata, ai sensi del DPR 180/1950, contro il rischio di decesso del Debitore.
Il presente Modulo contiene il consenso del Debitore alla stipula, da parte dell'Ente Erogatore, di una propria copertura assicurativa per il caso di decesso del medesimo Debitore, il quale è terzo rispetto a tale copertura e soggetto mero portatore del rischio assicurato. Contiene altresì, al fine di cui sopra, una serie di dichiarazioni rese dal Debitore relativamente al proprio stato di salute.
La firma del presente Modulo NON costituisce né implica la sottoscrizione, da parte del Debitore, di alcun contratto di assicurazione.

Il sottoscritto DEBITORE:

Cognome e nome_____Codice Fiscale_____
Data di nascita _____ Sesso ____ Luogo di Nascita _____ Prov ___
Indirizzo Residenza: Via/Piazza _____ n° _____ Città _____Prov ___ CAP _____
Tipo Documento*____ Numero _____ Rilasciato da _____ Data Rilascio _____ Luogo Rilascio _____
** 01=carta d'identità; 02=patente di guida; 03=passaporto; 04=altro documento ammesso ai fini antiriciclaggio*

FINANZIAMENTO: Ente erogatore: **Fiditalia S.P.A.** Cod. id. Finanziamento _____ Tipologia di Finanziamento _____
Durata (mesi) _____Montante €. _____Quota mensile del Finanziamento _____

DICHIARA:

- di conoscere che l'Ente Erogatore del finanziamento intende sottoscrivere una propria copertura assicurativa con Cardif Assurance Vie - Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito, "Cardif VIE"), per il caso di decesso del medesimo Debitore, della quale sarà beneficiario lo stesso Ente Erogatore (o la persona giuridica, da quest'ultimo eventualmente indicata, che ha messo a disposizione le somme finanziate);
- di essere a conoscenza della facoltà di ricevere, previa richiesta, il Set informativo relativo alla copertura assicurativa;
- di essere consapevole che il contratto o i diritti derivanti dalla copertura assicurativa potranno essere ceduti o trasferiti a terzi beneficiari solo in relazione ad eventuali operazioni di cartolarizzazione o cessione del credito del finanziamento e solo in favore del soggetto cessionario, ai sensi di quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione;
- **di ACCETTARE, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 del Codice Civile, la stipulazione di una copertura assicurativa per il rischio di decesso riferito alla propria persona, risultando pertanto terzo rispetto alla copertura assicurativa e soggetto mero portatore del rischio assicurato;**
- di fornire, in occasione della sottoscrizione del presente Modulo di Accettazione ovvero su separati appositi moduli, le informazioni di carattere sanitario richieste da Cardif VIE ed indispensabili alla preventiva valutazione del rischio (che resteranno prive di qualsiasi effetto in caso di mancata erogazione del finanziamento);
- di essere consapevole che le informazioni relative alla preventiva valutazione del rischio decesso rese in questa sede o in precedenti occasioni, nonché quelle relative alla ammissione o meno alla copertura assicurativa, saranno utilizzate da Cardif VIE anche al fine di valutare ulteriori richieste di analoghe coperture legate alla cessione del quinto e coinvolgenti il Debitore avanzate nell'arco di due anni;
- di essere a conoscenza e di aver compreso che, 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) o diverso termine stabilito nella tabella delle patologie di seguito riportata e che, qualora avesse fornito erroneamente tali informazioni, le stesse non potranno essere utilizzate da Cardif Vie per la determinazione delle condizioni contrattuali;
- di trattenere copia della documentazione di carattere sanitario da lui sottoscritta e di essere consapevole che, fermo quanto indicato al punto precedente, le dichiarazioni contenute nella Documentazione Medica da lui sottoscritta saranno considerate valevoli ed aggiornate purché il Certificato di Polizza venga emesso entro 90 (novanta) giorni dalla data della predetta sottoscrizione e che, diversamente, sarà tenuto ad aggiornare le predette dichiarazioni ripetendo le formalità di ammissione alla copertura, anche se non sono intervenuti cambiamenti del suo stato di salute;
- **di essere consapevole che la sottoscrizione del presente Modulo ed il rilascio delle dichiarazioni ivi contenute non costituiscono ne implicano la sottoscrizione, per lo stesso Debitore, di alcun contratto di assicurazione e che, pertanto, dalla Polizza stipulata dall'Ente Erogatore non derivano obblighi o diritti in capo al medesimo Debitore.**

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

FACSIMILE

CQP050

INFORMAZIONI DI CARATTERE SANITARIO FORNITE DAL DEBITORE

Si richiama l'attenzione del soggetto dichiarante sulle seguenti avvertenze relative alle dichiarazioni dello stato di salute: a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione in favore dell'Ente Erogatore, contraente dell'assicurazione; b) prima della sottoscrizione è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle dichiarazioni relative al proprio stato di salute, siano esse rese tramite la compilazione di un certificato anamnestico o di un questionario medico o, comunque, in qualsivoglia altra forma.

Barrare la casella relativa alle informazioni presentate

☐ **DICHIARAZIONE BUONO STATO DI SALUTE** – *Da compilare ove il Finanziamento sottoscritto con l'Ente Erogatore abbia un montante di importo fino a € 50.000,00; oppure*

☐ **QUESTIONARIO MEDICO** - *Da compilare qualora il Debitore non possa sottoscrivere la Dichiarazione di Buono stato di Salute sempre che il Finanziamento sottoscritto con l'Ente Erogatore abbia un montante di importo fino a € 50.000,00; oppure;*
(si veda relativo Modulo)

☐ **CERTIFICATO ANAMNESTICO** – *Da compilare qualora il Debitore non possa (o non ritenga di) sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute e il Questionario Medico o qualora il finanziamento sottoscritto con l'Ente Erogatore abbia un montante compreso tra € 50.000,01 e € 70.000,00; oppure;*
(si veda relativo Modulo)

☐ **RAPPORTO DI VISITA MEDICA** – *Da compilare qualora il Debitore non possa (o non ritenga di) sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute e il Questionario Medico e il Certificato Anamnestico o qualora il finanziamento sottoscritto con l'Ente Erogatore abbia un montante di importo superiore a € 70.000,00*
(si veda relativo Modulo)

DICHIARAZIONE BUONO STATO DI SALUTE

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, il sottoscritto Debitore attesta il proprio stato di salute, e, in particolare, **DICHIARA**:

	SI	NO
che la differenza tra la sua altezza (espressa in cm) ed il suo peso (espresso in Kg) sia inferiore a 80 o superiore a 120 (es. 175 -100=75)	☐	☐
di percepire pensione o assegno di invalidità per infortunio o malattia o di aver presentato domanda per ottenerla	☐	☐
di essere affetto da malattie e/o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, e/o essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi, e/o di essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per malattie che necessitano di trattamento medico continuato, di essere a conoscenza che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro	☐	☐
di essere in attesa di ricovero e esser stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni* *(*) salvo che per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica*	☐	☐
di essere, ad oggi, o essere stato, nel passato, affetto da una malattia acuta o cronica* e/o di presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità) *(*) Esempi di malattie acute o croniche: infarto miocardico, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, ipertensione arteriosa, malattie psico-neurologiche, insufficienza respiratoria, broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza renale, malattie renali o genitourinarie croniche, diabete, epatite, cirrosi epatica, sieropositività HIV, , malattie del sangue, malattie croniche dell'apparato muscoloscheletrico.*	☐	☐
di essere, ad oggi, o essere stato, nel passato(*), affetto da una patologia oncologica per la quale è ancora in essere un trattamento attivo della stessa *(*) Secondo quanto previsto dalla Legge del 7 dicembre 2023 N. 193 non è più tenuto a dichiarare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di tumore insorto prima dei 21 anni di età compiuti) o diverso termine stabilito nella tabella delle patologie di seguito riportata.*	☐	☐

DICHIARA inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, gli ospedali e gli istituti di cura in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino; 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 di Cardif Vie 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; di essere consapevole di dovere dare sollecita comunicazione a Cardif Vie , per il tramite dell'Ente Erogatore, di eventuali nuovi fattori inerenti il proprio stato di salute intervenuti tra la data di sottoscrizione del presente Modulo e la data di erogazione del Finanziamento, al fine di consentire a Cardif Vie la corretta valutazione del rischio assicurato.

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

FACSIMILE

CQP050

MANDATO PER LA RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE MEDICA

Il sottoscritto Debitore dà atto sin d'ora dell'interesse dell'Ente Erogatore e di Cardif Vie ad entrare in possesso, dopo il suo eventuale decesso, della documentazione contenente le informazioni di carattere sanitario che lo riguardano. A questi fini, in aggiunta ai diritti riconosciuti agli stessi ai sensi della vigente disciplina in materia di trattamento dei dati personali, il Debitore **CONFERISCE MANDATO** non oneroso all'Ente Erogatore e a Cardif Vie, anche nell'interesse di questi ultimi, affinché acquisiscano, da chi ne ha il possesso dopo la sua morte, ogni documentazione contenente notizie di carattere sanitario che lo riguardano così come eventuali cartelle cliniche di degenza e copie di accertamenti medici effettuati.
Ai fini della presente dichiarazione il Debitore allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

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

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Debitore ha preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita, ai sensi del GDPR, da Cardif VIE 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** _____

Tabella delle patologie:

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

FACS SIMILE

CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

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 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 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

FACSIMILE

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