

RAPPORTO DI VISITA MEDICA - CESSIONE DEL QUINTO DELLA PENSIONE

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

Somma da Assicurare: _____ 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 sostenere gli esami medici di seguito indicati ed effettuare la visita medica durante la quale il suo medico di fiducia provvederà a compilare il Rapporto di Visita Medica.

Elenco esami medici necessari per la visita medica:

- Esame delle urine in laboratorio;
- ECG basale e Ecocardiogramma;
- Esami del sangue: HbsAg - Anti HCV - Glicemia - Emocromo completo - AST, ALT, GGT - VES - colesterolo HDL e LDL - Trigliceridi - Creatinina - Acido Urico;
- RX Torace (solo per Debitori fumatori o con età superiore ai 50 anni).

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

Dati del Medico: Cognome e nome _____ tel. _____ cell. _____
Via/Piazza _____ n° _____ Città _____ c.a.p. _____

PARTE A: DICHIARAZIONI DEL DEBITORE

1	Nella sua parentela consanguinea si sono verificati casi di malattie cardiocircolatorie, ipertensione, insufficienza renale, diabete, tumori maligni, malattie nervose e mentali o altre a carattere ereditario (come corea di Huntington o morbo di Alzheimer)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Se sì, quali? (Indicare l'età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età del decesso) _____ _____
2	Ha praticato accertamenti diagnostici? (ECG, EEG, radiografie, esami del sangue e delle urine, test HIV, ricerca antigene AU, biopsie o altre)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Quali? _____ Per quali motivi? _____ Quando? _____ Con che risultato? _____
3	E' mai stato ricoverato in Case di cura, ospedali, sanatori per malattie e/o interventi chirurgici?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Per quali cause? _____ Dove? _____ Quando? _____ Per quanto tempo? _____
4	Ha sofferto o soffre di malattie (formulare una descrizione dettagliata diagnosi, epoca di insorgenza, durata malattia, postumi) a carico di:			
	• apparato respiratorio? (bronchite cronica, asma, enfisema, fibrosi polmonare, asbestosi, tubercolosi, tumori o altre malattie o disturbi);	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• apparato cardiocircolatorio? (angina pectoris, infarto/attacco cardiaco, ipertensione, dolore al torace negli ultimi 12 mesi, palpitazioni, soffio cardiaco, ECG anormale, tumori o altre malattie o disturbi);	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• apparato digerente? (colite, bruciore di stomaco ricorrente, reflusso esofageo ricorrente, ulcera gastrica, ulcera duodenale, cirrosi epatica, epatite virale, tumori o altre malattie o disturbi);	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• sistema nervoso centrale e periferico e organi di senso? (ictus, attacco ischemico transitorio, sclerosi multipla, depressione, epilessia, nevrosi, psicosi, malattia demielinizzante, distrofia muscolare, tumori o altre malattie o disturbi);	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• sistema endocrino? (diabete mellito, intolleranza al glucosio, alterazioni tiroide, tumori o altre malattie o disturbi);	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• sistema urogenitale? (nefrite, insufficienza renale, ematuria o proteinuria, glicosuria, malattie o disturbi a carico di reni o vescica, tumori o altre malattie);	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• sangue? (anemia, emofilia, tumori o altre malattie o disturbi);	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• apparato immunologico e osteoarticolare? (artrite reumatoide, lupus eritomatoso sistemico, tumori o altre malattie o disturbi);	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• apparato riproduttivo? (malattie o disturbi a carico di prostata, ghiandole mammarie, cervice e utero, mammografia anormale)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Luogo e data: _____ Firma del Debitore: _____

5	Ha sofferto negli ultimi 12 mesi o soffre attualmente di astenia, febbre, diarrea, sudori notturni, variazioni di peso superiore al 10%, ingrossamento delle ghiandole	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Se sì Quali? _____ _____
---	--	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

	linfatiche, malattie della pelle e/o altre?			_____
6	E' stato sottoposto a radio e/o chemioterapia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Se si, di che genere? _____ Quando? _____ Per quali motivi? _____
7	E' stato sottoposto a emotrasfusioni e/o a terapie a base di emoderivati?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Quali? _____ Quando? _____
8	Ha subito traumi o lesioni accidentali?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Quali? _____ Quando? _____
9	Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Di che genere? _____
10	Fruisce o ha fruito di assegno di invalidità o pensione di inabilità o ha presentato domanda per ottenerla?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Per quali motivi? _____ _____
11	E' stato riformato alla visita per il servizio militare?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Per quale motivo? _____
12	Fuma o ha mai fumato negli ultimi 24 mesi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Se sì, fuma oltre 20 sigarette al giorno? _____
13	Ha fatto o fa uso di psicofarmaci o sostanze stupefacenti?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Quali, in quale misura e quando l'ultima volta? _____ _____
14	Ha fatto o fa uso di alcolici?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si prega di specificare l'uso giornaliero _____ unità (1 unità = 1 bottiglia di birra o 1 bicchiere di vino o 20 ml di superalcolici)
15	È stato mai trattato per uso eccessivo di alcol o uso di sostanze stupefacenti? Le è stato consigliato di ridurre il suo consumo di alcol?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si prega di specificare _____ _____
16	Pratica sports?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Quali? _____ Come professionista o dilettante? _____
17	Ha intrapreso negli ultimi 6 mesi viaggi al di fuori dell'Europa occidentale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Dove? _____ Per quanto tempo? _____ Per quale motivo? _____
18	Intraprende o prevede di intraprendere viaggi al di fuori dell'Europa occidentale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Dove? _____ Per quanto tempo? _____ Per quale motivo? _____
19	Chi è il suo medico curante abituale e/o di famiglia? _____			Quando lo ha consultato? _____ Per quale motivo? _____
20	E' stato sottoposto a visite mediche allo scopo di stipulare polizze vita?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Presso quale Società? _____ Quando? _____ Con quale risultato? _____
21	Ha sofferto o soffre di disturbi della sfera ginecologica?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Quali? _____
22	PER LE DONNE: è in stato di gravidanza? <i>Risposta non obbligatoria se non pertinente per età</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Di quanti mesi? _____ Se sì, allegare certificato ginecologico aggiornato.

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, 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 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 suo stato di salute.

✓ **Luogo e data:** _____ **Firma del Debitore:** _____
(apposta in presenza del Medico esaminatore)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART.13 DEL D. LGS. 30 GIUGNO 2003 N.196) in favore di CARDIF ASSURANCE VIE

Ho preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornitami, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (il "Codice della Privacy"), da Cardif Assurance Vie. Sono consapevole che il mancato rilascio del consenso comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale tra la Compagnia e l'Ente erogante, quindi, da parte di questo ultimo, può causare la mancata instaurazione del Contratto di Finanziamento.

In ordine alla espressione di consenso al trattamento dei dati personali (Art. 23 D. lgs 30 Giugno 2003 n.196) , ivi compresi quelli sensibili (tra cui le INFORMAZIONI DI CARATTERE SANITARIO FORNITE) e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta,

CONSENTO al trattamento.

✓ **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: RISULTATO DELL'ESAME OBIETTIVO PRATICATO AL DEBITORE

I Condizioni generali

- 1 Portamento ed aspetto generale (obeso, robusto, gracile, magro, diritto, curvo). _____
- 2 Età apparente pari all'età anagrafica? _____
- 3 L'aspetto della pelle e delle mucose visibili è nei limiti di norma? _____
 - Vi sono affezioni cutanee? Quali? _____
 - Vi sono cicatrici? In quali regioni? Da quali lesioni? _____
- 4 Pannicolo adiposo _____
- 5 Apparato linfatico _____
- 6 Masse muscolari _____
- 7 Alterazioni delle ossa e delle articolazioni e loro cause, con speciale riguardo a deformità toraciche, vertebrali, etc

II Misure somatiche

- 1 (da verificare) Altezza in cm.: _____ Peso in Kg. : _____

III Collo

- 1 Conformazione _____
- 2 Stato della tiroide (in caso di ipertrofia indicarne la consistenza, precisando se è di vecchia data, stazionaria o progressiva)

IV Apparato respiratorio

- 1 Respira bene a bocca chiusa? Vi sono affezioni nasali? _____
- 2 Esistono alterazioni nella voce? (rauca, velata, debole) _____
- 3 Forma del torace. (indicare se vi sono asimmetrie parziali o totali, se le due metà si espandono ugualmente e se vi sono alterazioni nella frequenza e nel ritmo del respiro) _____
- 4 Palpazione del torace _____
- 5 Percussione del torace _____
- 6 Auscultazione del torace _____
- 7 Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato respiratorio con speciale riguardo alle condizioni degli apici polmonari e ad eventuali postumi di pleuriti _____

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

V Apparato circolatorio

- 1 Ispezione della regione cardiaca _____
- 2 Palpazione della regione cardiaca (indicare con esattezza la sede ed i caratteri dell'impulso) _____
- 3 Percussione della regione cardiaca (precisare i limiti superiori e destro dell'ottusità relativa, quando l'area risulti ingrandita) _____
- 4 Auscultazione del cuore (indicare se vi sono modificazioni dei toni e, se vi fossero rumori, designarne con precisione la sede, il tempo nel quale si ascoltano, i caratteri acustici, come si diffondono e come si comportano sotto sforzo) _____
- 5 Eventuali rilievi a carico dei grossi vasi _____
- 6 Numero delle pulsazioni allo stato di riposo e dopo cinque flessioni sulle ginocchia (caratteri: grandezza, durezza, celerità e ritmo del polso) _____
- 7 Tempo necessario per il ritorno alla frequenza iniziale _____
- 8 Pressione arteriosa Mx _____ Mn _____ Ora _____
- 9 Sono evidenti emorroidi, varici e alterazioni del trofismo cutaneo agli arti inferiori? _____
- 10 Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato circolatorio _____

VI Apparato digerente

- 1 Condizioni della bocca (lingua, denti, etc.) e fauci _____
- 2 Ispezione dell'addome _____
- 3 Palpazione dell'addome (ricercare accuratamente se vi sono punti dolenti alla pressione) _____
- 4 Esame del fegato: è palpabile, dolente, duro, che margine presenta? In caso di alterazione indicarne i limiti superiore e inferiore. _____
- 5 Dimensioni della milza _____
- 6 Presenza di ernia? (sede e volume, contenibile o contenuta da cinto) _____
- 7 Presenza di fistole anali? (superficiali o profonde?) Si può escluderne la natura tubercolare? _____
- 8 Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato digerente _____

VII Apparato urogenitale

- 1 Vi sono segni che facciano sospettare una malattia a carico di reni, vescica, uretra, prostata, testicoli? _____

VIII Sistema nervoso

- 1 Condizioni psichiche _____
- 2 Motilità (indicare specialmente se vi sono tremori, contratture, paralisi o paresi di gruppi muscolari o se vi sono disturbi nel mantenere la stazione eretta e nel cammino) _____
- 3 Riflessi profondi: rotulei, achillei, etc. _____
- 4 Organi di senso specifici: _____
 - Occhio: forma (esoftalmo?) _____
pupille (forma e simmetria, reazione alla luce e all'accomodazione) _____
disturbi della vista (in casi di notevole miopia e di ipermetropia indicarne il grado) _____
 - Orecchio: disturbi funzionali _____
presenza di otorrea _____
- 5 Deduzioni ricavate dall'esame del sistema nervoso _____

IX Per persone di sesso femminile

- 1 Condizioni delle mammelle _____
- 2 Il Medico esaminatore ritiene necessario un esame ginecologico per sospetta alterazione degli organi genitali? _____

✓ Data: _____ Timbro e Firma del Medico: _____

X Esami obbligatori allegati al presente questionario medico (di cui il Medico ha preso visione durante la visita)

<input type="checkbox"/> Esame urine in laboratorio	<input type="checkbox"/> ECG basale e Ecocardiogramma	<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> Anti HCV	<input type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> Emocromo completo	<input type="checkbox"/> AST/ALT /GGT
<input type="checkbox"/> VES	<input type="checkbox"/> RX Torace (per fumatori o età superiore a 50 anni)	<input type="checkbox"/> Colesterolo HDL e LDL	<input type="checkbox"/> Trigliceridi	<input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> Acido Urico	
<input type="checkbox"/> Altro _____						

XI. Conclusioni espresse dal Medico esaminatore - Tenuto conto di tutti i dati raccolti:

- 1 Quale è il suo giudizio diagnostico? _____
- 2 Quale è il suo giudizio prognostico? rischio: buono; mediocre; cattivo.
- 3 Ritieni Ella opportuno far sottoporre Il Debitore ad eventuali esami supplementari di controllo? NO SI
Se sì, quali e per quale motivo? _____
- 4 Eventuali informazioni a completamento del certificato _____

Il Sottoscritto attesta di aver raccolto l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo del **Sig.** _____

Si impegna a mantenere con chiunque il segreto in merito ai dati obiettivi rilevati e al giudizio clinico espresso.

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 inviargli l'originale, anche per il tramite del Contraente a:
CARDIF ASSURANCE VIE - Ufficio Assunzione - Via Tolmezzo n. 15 - Palazzo D, 20132 Milano.**

Cardif Assurance Vie - Rappresentanza Generale per l'Italia (anche "Cardif VIE") – di seguito, la "Compagnia" - premesso che devono intendersi quale :

- "Contratto di Finanziamento" , il rapporto contrattuale di finanziamento, avente quale garanzia la cessione di quota (quinto) della pensione, attuata dal Debitore nei confronti dell'Ente Erogatore;
- "Ente Erogatore" l'Intermediario bancario e/o Finanziario che ha proceduto, conformemente al Contratto di Finanziamento, all'erogazione di finanziamento nei confronti del Debitore, sottoscrivendo un separato apposito accordo quadro con la Compagnia per la Copertura Assicurativa di specifico rischio (vita) inerenti al Contratto di Finanziamento stesso;
- "Debitore" il soggetto - anche qualificato "interessato" ai fini del D. Lgs. n. 196/2003 -, che ha sottoscritto il Contratto di Finanziamento con l'Ente Erogatore; "interessato" che risulta portatore del rischio sulla vita, nell'ambito del rapporto assicurativo sottoscritto dall'Ente erogatore con Cardif VIE;
- "Copertura Assicurativa", quanto specificamente e separatamente previsto al precedente alinea ai punti (per Cardif VIE)

informa che in relazione al Contratto di Finanziamento e per le finalità di copertura del rischio dell'Ente Erogatore di cui sopra tratteranno i dati personali, ivi compresi i dati sensibili e/o giudiziari (quali le informazioni in merito allo stato di salute), dell'"Interessato", così come forniti dal medesimo Interessato e comunicati dall'Ente Erogatore, in qualità di Titolari autonomi del trattamento, secondo le modalità illustrate nella presente informativa,.

Il trattamento avviene ai fini, nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla Copertura Assicurativa di cui sopra, nonché per finalità derivanti da obblighi di Legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla Legge o da organi di vigilanza e di controllo. Il mancato conferimento dei dati, assolutamente facoltativo, può precludere l'instaurazione o l'esecuzione del contratto assicurativo tra Cardif e l'Ente erogatore.

Si specifica e separatamente evidenzia che: con riferimento ai dati "sensibili" il trattamento potrà avvenire solo con il consenso scritto degli Interessati.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e automatizzati, in forma cartacea e/o elettronica, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi.

All'interno della nostra Compagnia, possono venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti, le strutture o i collaboratori che svolgono per conto della Compagnia medesima servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.

La Compagnia può altresì comunicare i dati personali a soggetti appartenenti ad alcune categorie (oltre a quelle individuate per legge) affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni. Tra questi si citano: 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 dalla Compagnia 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 della Compagnia) utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati dalla Compagnia "Responsabili" dei trattamenti di loro specifica competenza. La comunicazione potrà avvenire anche nel caso in cui taluno dei predetti soggetti risieda all'estero, anche al di fuori dell'UE, restando in ogni caso fermo il rispetto delle prescrizioni del D.Lgs n. 196/2003. Nel caso in cui i dati personali venissero trasferiti all'estero, si sottolinea che gli stessi potrebbero essere trattati con livelli di tutela differente rispetto alle previsioni della normativa vigente in Italia. In nessun caso i dati personali saranno trasferiti per finalità diverse da quelle necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata. La Compagnia non diffonde i dati personali degli Interessati.

Ogni Interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i propri dati personali trattati presso la Compagnia e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Per ottenere ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs n. 196/2003, è possibile rivolgersi a:

Cardif Assurance Vie - Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del Rappresentante Generale per l'Italia, pro- tempore, domiciliato per la funzione presso la sede di Via Tolmezzo/Palazzo D n. 15, 20132 Milano; e-mail privacy_it@cardif.