



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

Il presente Modulo contiene una serie di dichiarazioni rese dal soggetto Debitore, mero portatore del rischio, relativamente al proprio stato di salute nonché il consenso dello stesso alla stipula, da parte dell'Ente Erogatore, di una copertura per il caso di decesso del Debitore medesimo. La firma del presente Modulo non può in nessun modo considerarsi sottoscrizione del 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: Deutsche Bank Spa	Cod. id. Finanziamento _____
Tipologia di Finanziamento _____	
Durata (mesi) _____	Montante €. _____
Quota mensile del Finanziamento _____	

DICHIARA:

- di essere a conoscenza del fatto che l'Ente Erogatore del finanziamento intende sottoscrivere una copertura assicurativa per il caso di decesso del Debitore medesimo della quale sia beneficiario lo stesso Ente Erogatore;
- di essere consapevole che i diritti derivanti dalla copertura assicurativa non potranno essere ceduti o trasferiti a terzi (o vincolati a favore di terzi) se non in relazione ad eventuali operazioni di cartolarizzazione del credito dell'Ente Erogatore nei confronti del Debitore;
- di **ACCETTARE**, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 del Codice Civile, la stipulazione di una Polizza a garanzia del rischio decesso sulla propria persona, risultando pertanto terzo rispetto alla copertura assicurativa e soggetto mero portatore del rischio;
- di fornire, in occasione della sottoscrizione del presente Modulo di Accettazione ovvero su separati appositi moduli, le informazioni di carattere sanitario richieste dall'Assicuratore ed indispensabili alla preventiva valutazione del rischio da parte di quest'ultimo;
- di trattenere copia della documentazione di carattere sanitario da lui sottoscritta e di essere consapevole che le dichiarazioni contenute nella Documentazione Medica da lui sottoscritta saranno considerate valide purché il Certificato di Polizza venga emesso entro 90 (novanta) giorni dalla data della predetta sottoscrizione e che, diversamente, sarà tenuto a ripetere le formalità di ammissione alla copertura, anche se non sono intervenuti cambiamenti del suo stato di salute.
- di essere a conoscenza della facoltà di ricevere, previa richiesta, il fascicolo informativo relativo alla copertura assicurativa contro il rischio decesso stipulata dall'Ente Erogatore;
- di essere consapevole che la sottoscrizione del presente Modulo ed il rilascio delle dichiarazioni ivi contenute non comportano alcuna sottoscrizione, per lo stesso Debitore, di un contratto di assicurazione e che, pertanto, dalla Polizza stipulata dall'Ente Erogatore non derivano obblighi o diritti in capo al medesimo Debitore;
- di essere consapevole che, in caso di mancata erogazione del Finanziamento, le presenti dichiarazioni si intenderanno prive di qualsiasi effetto.

Luogo e data _____

Firma del Debitore _____

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** - qualora il Debitore e il finanziamento rientrino in una delle seguenti casistiche:
- Debitore di età alla Data di Decorrenza inferiore a 70 anni compiuti e montante fino ad Euro 40.000
 - Debitore di età alla Data di Decorrenza superiore o uguale a 70 anni compiuti e montante fino ad Euro 20.000

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

di avere una differenza tra la sua altezza (espressa in cm) ed il suo peso (espresso in Kg) compresa tra 80 e 120 (es. 175 – 70 = 105)

SÌ

NO



di non percepire pensione o assegno di invalidità per infortunio o malattia o di non aver presentato domanda per ottenerla	SÍ	NO
di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, e di non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi, e di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per malattie che necessitano di trattamento medico continuato, di non essere a conoscenza che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro	SÍ	NO
di non essere in attesa di ricovero e non esser stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni* <i>(*)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</i>	SÍ	NO
di non essere e di non essere stato affetto da una malattia acuta o cronica* e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità)? <i>(*) 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, tumori, malattie del sangue, malattie croniche dell'apparato muscoloscheletrico.</i>	SÍ	NO

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 dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo a favore del beneficiario oltre alla cessazione dell'assicurazione stessa ai sensi degli artt. 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile; di essere consapevole di dovere dare sollecita comunicazione all'Assicuratore, 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 all'Assicuratore la corretta valutazione della Proposta di assicurazione.

DATI DEL MEDICO CURANTE	
Nome _____	Cognome _____
Indirizzo dello studio _____	
Recapito Telefonico _____	

- QUESTIONARIO MEDICO** - qualora il Debitore e il finanziamento rientrino in una delle seguenti casistiche e il Debitore ritenga di non potere (o comunque non desideri) sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di salute:
- Debitore di età alla Data di Decorrenza inferiore a 70 anni compiuti e montante fino ad Euro 40.000
 - Debitore di età alla Data di Decorrenza superiore o uguale a 70 anni compiuti e montante fino ad Euro 20.000
- (si veda relativo Modulo)
- CERTIFICATO ANAMNESTICO** - Ove il Debitore non possa (o non ritenga di) sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute e il Questionario Medico o qualora il Debitore e il finanziamento rientrino in una delle seguenti casistiche:
- Debitore di età alla Data di Decorrenza inferiore a 70 anni compiuti e montante superiore a Euro 40.000
 - Debitore di età alla Data di Decorrenza superiore o uguale a 70 anni compiuti e montante superiore a Euro 20.000
- (si veda relativo Modulo)
- RAPPORTO DI VISITA MEDICA** - Ove 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 rientri nella seguente casistica:
- montante superiore ad Euro 70.000
- (si veda relativo Modulo)

Luogo e data _____

Firma del Debitore _____



MANDATO PER LA RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE MEDICA

Il sottoscritto Debitore dà atto sin d'ora dell'interesse dell'Ente Erogatore e dell'Assicuratore 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 già accordati agli stessi ai sensi dell'art. 9 comma 3 del DLgs n. 196/2003, il Debitore **CONFERISCE MANDATO** non oneroso all'Ente Erogatore e all'Assicuratore, 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 sottoscritto Debitore, avendo a riferimento l'informativa sul trattamento dei dati personali ex art. 13 d. lgs. n. 196/2003 della Rappresentanza Generale per l'Italia di Cardif Assurance Vie, **DICHIARA**:

- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita da Cardif Assurance Vie;
- di essere stato reso, adeguatamente, edotto del trattamento (in particolare delle specifiche finalità, ambito e modalità) e di essere consapevole che il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, così come acquisiti dall'Ente Erogatore, oltre ad essere necessario per il contratto di Finanziamento, risulta strumentale per il separato rapporto instaurato dallo stesso Ente Erogatore con la citata Compagnia;
- di essere, conseguentemente, consapevole che il mancato rilascio del consenso comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale tra la Compagnia e l'Ente Erogatore, così potendo causare la mancata stipulazione del 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"), per le finalità, con le modalità e a favore della Compagnia nonché dei soggetti indicati nell'informativa ricevuta, il sottoscritto Debitore:

ACCONSENTE al trattamento.

Luogo e data _____

Firma del Debitore _____



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 tratterà 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 Titolare autonomo 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.com