

Questionario Sanitario

(Dichiarazioni dell'Assicurato relative al proprio stato di salute)

 Agenzia

 Codice Agenzia

 Polizza Numero

 Signor/a

 Nato/a a

 il giorno

 mese

 anno

Dichiarazioni

1 Malattie in atto	È a conoscenza di essere affetto da malattie in atto, da difetti fisici? - di quale malattia soffre? _____ da quando _____ _____ da quando _____ - da quale difetto fisico è affetto? _____ da quando _____	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
2 Malattie e infortuni sofferti in passato	Ha sofferto in passato di malattie, infortuni o ha subito parto cesareo? - di quale malattia o infortunio ha sofferto? _____ in che data _____ _____ in che data _____ _____ in che data _____ È stato ricoverato? - per quali malattia o infortunio? _____ in che data _____ _____ in che data _____ Ha subito interventi chirurgici? - di quale natura? eventuale parto cesareo? _____ in che data _____ _____ in che data _____ sono residue conseguenze? Quali? _____ SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
3 Terapie e accertamenti diagnostici	Sta praticando trattamenti terapeutici? - di che tipo? _____ da quando _____ Negli ultimi due anni si è sottoposto ad accertamenti diagnostici, visite specialistiche, esami immunologici, test HIV, ecc.? - di che tipo? _____ in che data _____ - sono stati registrati risultati al di fuori dei valori normali? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> (in caso affermativo allegare la relativa documentazione medica)	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
4 Posizione assicurativa	Ha in corso altre polizze per lo stesso rischio o le ha avute e sono state annullate? con quale Compagnia _____ per quale motivo sono state annullate? _____	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

Il sottoscritto è consapevole che il presente modello forma parte integrante della polizza suindicata e che le notizie fornite con il presente questionario sono elementi fondamentali per la valutazione del rischio e per la stipulazione della polizza medesima.

Dichiara pertanto, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le risposte sono complete e veritiere.

Scioglie inoltre dal segreto professionale i medici che possono o potranno visitarlo e curarlo.

Il sottoscritto Assicurato, prende atto dell'informativa (riportata sul retro), ed acconsente ai sensi degli artt. 23, 26 e 43 del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 della Legge stessa:

- al trattamento dei dati personali, sia comuni, sia sensibili, che mi riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. a), della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a), della medesima informativa o obbligatori per legge;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE);

_____ acconsente (*):

- al trattamento, dei dati personali, sia comuni sia sensibili, che mi riguardano per finalità d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. b), della predetta informativa per finalità d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi delle Società del Gruppo nonché di indagine sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti;
- al trasferimento degli stessi all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa per le finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi delle Società del Gruppo (Paesi UE e Paesi extra UE), nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti.

(*) (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento, comunicazione e trasferimento all'estero dei suoi dati personali per finalità di informazione e promozione commerciale, nonché di indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsente").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Redatto in _____

_____ il giorno

_____ mese

_____ anno

 Firma dell'Assicurato (o di chi ne esercita la patria potestà)

 Firma dell'Agente (il quale attesta che il presente questionario è stato redatto di pugno dell'Assicurato)

Questionario Sanitario

(Dichiarazioni dell'Assicurato relative al proprio stato di salute)

Agenzia

Codice Agenzia

Polizza Numero

Signor/a

Nato/a a

il giorno

mese

anno

Dichiarazioni

1 Malattie in atto	È a conoscenza di essere affetto da malattie in atto, da difetti fisici? - di quale malattia soffre? _____ da quando _____ _____ da quando _____ - da quale difetto fisico è affetto? _____ da quando _____	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
2 Malattie e infortuni sofferti in passato	Ha sofferto in passato di malattie, infortuni o ha subito parto cesareo? - di quale malattia o infortunio ha sofferto? _____ in che data _____ _____ in che data _____ _____ in che data _____ È stato ricoverato? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> - per quali malattia o infortunio? _____ in che data _____ _____ in che data _____ Ha subito interventi chirurgici? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> - di quale natura? eventuale parto cesareo? _____ in che data _____ _____ in che data _____ sono residue conseguenze? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Quali? _____	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
3 Terapie e accertamenti diagnostici	Sta praticando trattamenti terapeutici? - di che tipo? _____ da quando _____ Negli ultimi due anni si è sottoposto ad accertamenti diagnostici, visite specialistiche, esami immunologici, test HIV, ecc.? - di che tipo? _____ in che data _____ - sono stati registrati risultati al di fuori dei valori normali? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> <i>(in caso affermativo allegare la relativa documentazione medica)</i>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
4 Posizione assicurativa	Ha in corso altre polizze per lo stesso rischio o le ha avute e sono state annullate? con quale Compagnia _____ per quale motivo sono state annullate? _____	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

Il sottoscritto è consapevole che il presente modello forma parte integrante della polizza suindicata e che le notizie fornite con il presente questionario sono elementi fondamentali per la valutazione del rischio e per la stipulazione della polizza medesima.

Dichiara pertanto, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le risposte sono complete e veritiere.

Scioglie inoltre dal segreto professionale i medici che possono o potranno visitarlo e curarlo.

Il sottoscritto Assicurato, prende atto dell'informativa (riportata sul retro), ed acconsente ai sensi degli artt. 23, 26 e 43 del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 della Legge stessa:

- al trattamento dei dati personali, sia comuni, sia sensibili, che mi riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. a), della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a), della medesima informativa o obbligatori per legge;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE);

_____ acconsente (*):

- al trattamento, dei dati personali, sia comuni sia sensibili, che mi riguardano per finalità d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. b), della predetta informativa per finalità d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi delle Società del Gruppo nonché di indagine sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti;
- al trasferimento degli stessi all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa per le finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi delle Società del Gruppo (Paesi UE e Paesi extra UE), nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti.

(*) (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento, comunicazione e trasferimento all'estero dei suoi dati personali per finalità di informazione e promozione commerciale, nonché di indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsente").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Redatto in

il giorno

mese

anno

Firma dell'Assicurato (o di chi ne esercita la patria potestà)

Firma dell'Agente (il quale attesta che il presente questionario è stato redatto di pugno dell'Assicurato)

Questionario Sanitario

(Dichiarazioni dell'Assicurato relative al proprio stato di salute)

Agenzia

Codice Agenzia

Polizza Numero

Signor/a

Nato/a a

il giorno

mese

anno

Dichiarazioni

1 Malattie in atto	È a conoscenza di essere affetto da malattie in atto, da difetti fisici? - di quale malattia soffre? _____ da quando _____ _____ da quando _____ - da quale difetto fisico è affetto? _____ da quando _____	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
2 Malattie e infortuni sofferti in passato	Ha sofferto in passato di malattie, infortuni o ha subito parto cesareo? - di quale malattia o infortunio ha sofferto? _____ in che data _____ _____ in che data _____ _____ in che data _____ È stato ricoverato? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> - per quali malattia o infortunio? _____ in che data _____ _____ in che data _____ Ha subito interventi chirurgici? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> - di quale natura? eventuale parto cesareo? _____ in che data _____ _____ in che data _____ sono residue conseguenze? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Quali? _____	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
3 Terapie e accertamenti diagnostici	Sta praticando trattamenti terapeutici? - di che tipo? _____ da quando _____ Negli ultimi due anni si è sottoposto ad accertamenti diagnostici, visite specialistiche, esami immunologici, test HIV, ecc.? - di che tipo? _____ in che data _____ - sono stati registrati risultati al di fuori dei valori normali? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> <i>(in caso affermativo allegare la relativa documentazione medica)</i>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
4 Posizione assicurativa	Ha in corso altre polizze per lo stesso rischio o le ha avute e sono state annullate? con quale Compagnia _____ per quale motivo sono state annullate? _____	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

Il sottoscritto è consapevole che il presente modello forma parte integrante della polizza suindicata e che le notizie fornite con il presente questionario sono elementi fondamentali per la valutazione del rischio e per la stipulazione della polizza medesima.

Dichiara pertanto, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le risposte sono complete e veritiere.

Scioglie inoltre dal segreto professionale i medici che possono o potranno visitarlo e curarlo.

Il sottoscritto Assicurato, prende atto dell'informativa (riportata sul retro), ed acconsente ai sensi degli artt. 23, 26 e 43 del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 della Legge stessa:

- al trattamento dei dati personali, sia comuni, sia sensibili, che mi riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. a), della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a), della medesima informativa o obbligatori per legge;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE);

_____ acconsente (*):

- al trattamento, dei dati personali, sia comuni sia sensibili, che mi riguardano per finalità d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. b), della predetta informativa per finalità d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi delle Società del Gruppo nonché di indagine sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti;
- al trasferimento degli stessi all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa per le finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi delle Società del Gruppo (Paesi UE e Paesi extra UE), nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti.

(*) (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento, comunicazione e trasferimento all'estero dei suoi dati personali per finalità di informazione e promozione commerciale, nonché di indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsente").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Redatto in

il giorno

mese

anno

Firma dell'Assicurato (o di chi ne esercita la patria potestà)

Firma dell'Agente (il quale attesta che il presente questionario è stato redatto di pugno dell'Assicurato)

INFORMATIVA
ai sensi dell'art. 13 Decreto Legislativo 30.06.2003 n. 196

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30/6/2003 n. 196 (di seguito denominato Codice), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

1. Finalità del trattamento dei dati Il trattamento
a) è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
b) può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società o di Società del Gruppo delle finalità di informazione e promozione commerciali di prodotti e servizi, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti.

2. Modalità del trattamento dei dati Il trattamento
a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela;
b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento, nonché da società di servizi in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) del trattamento.

3. Conferimenti dei dati Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:
a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti e servizi, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti, espletate nei confronti dell'Interessato stesso.

4. Rifiuto di conferimento dei dati L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:
a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b) comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare sinistri;
b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti e servizi, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti, espletate nei confronti dell'Interessato.

5. Comunicazione dei dati a) I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici, di archiviazione od altri servizi di natura tecnico/organizzativa; banche depositarie per i Fondi Pensione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo tra cui il Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati (CIRT - sito in Roma - Via dei Giochi Istmici n. 40); ISVAP, Ministero dell'industria, del commercio e dell'artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del lavoro e della previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione), nonché a dipendenti del titolare in qualità di incaricati;
b) inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a Società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), a Società specializzate in promozione commerciale e pubblicitaria, ricerche di mercato ed indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

6. Diffusione dei dati I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. Trasferimento dei dati all'estero I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

8. Diritti dell'interessato L'art. 7 del Codice conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. Titolare e responsabile del trattamento Titolare del trattamento è FONDIARIA - SAI S.p.A.
Responsabile per la Divisione Fondiaria ai fini dell'art. 7 del Codice è il Dott. Roberto Giolito, nella sua qualità di responsabile della Funzione Sviluppo Applicativo, c/o Ufficio Privacy (fax 011.6533613).
Ai medesimi fini, per le polizze Sanicard, è responsabile "Sistemi Sanitari S.p.A." sedente in Milano, viale Monza 257 (tel. 02.52029214; fax 02.52029513).
Si segnala che l'elenco aggiornato dei responsabili è comunque conoscibile sul sito www.fonditaria.it o, in alternativa, presso le Agenzie della Società.

FONDIARIA - SAI S.p.A.

