

QUESTIONARIO MEDICO - Long Term Care

COGNOME E NOME _____
 (cognome da nubile)

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____

Situazione familiare Celibe Coniugato/a o convivente Vedovo/a Divorziato/a - separato/a

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

- a) le dichiarazioni non veritiere o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) anche nei casi non specificatamente previsti dall'Impresa, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, in tal caso il costo è a suo carico.

Le risposte alle domande del presente questionario sono obbligatorie - Rispondere SI o NO ad ogni domanda.

Per ogni risposta affermativa, l'Assicurando è pregato di rispondere alle domande complementari richieste.

1 Indicare: staturacm. Peso:kg. Pressione arteriosa: max <input style="width: 50px;" type="text"/> min <input style="width: 50px;" type="text"/>		
2 Ci sono stati nella sua famiglia casi di malattie cardiache, vascolari, neurologiche, psichiatriche, di cancro o di diabete?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se si, precisare: _____ _____ _____
3 Ha mai presentato proposte di assicurazione vita che sono state rifiutate, rinviate o accettate con sovrappremi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se si, data - motivo - nome della Compagnia _____ _____ _____
4 Pratica sport?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali (precisare se con o senza competizione)? _____ _____ _____
5 Fa uso di alcoolici (birra, vino, aperitivi)? È un fumatore?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quantità giornaliera: _____ _____ _____
6 Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti (droghe)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali e quando l'ultima volta: _____ _____ _____

<p>7 È mai stato vittima di un incidente (stradale o altro incidente)?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>Parti del corpo colpite - (indicare anche se c'è stata perdita di conoscenza e la durata), data, postumi?</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>8 È disoccupato?</p> <p>Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il suo lavoro per almeno 3 settimane consecutive?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>Da quando - motivo - data di occupazione prevista?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Quando - durata di ogni interruzione - motivo?</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>9 NEL CORSO DEGLI ULTIMI 10 ANNI È mai stato ricoverato in case di cura e/o ospedali: per interventi chirurgici, esami clinici, terapie radianti, chemioterapie, immunoterapia o cobaltoterapia?</p> <p>Si è mai sottoposto al test HIV?</p> <p>Ha avuto una infezione causata da immunodeficienza acquisita (HIV)?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>Date - durata - motivi - risultati</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Se si, risultato del test e data</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>10 Soffre o ha sofferto di una malattia dell'apparato cardio-vascolare, dell'apparato digestivo, dell'apparato respiratorio, del sistema nervoso, dell'apparato genito-urinario, di una malattia endocrino-metabolica, di una malattia neuro-psichica, di una malattia delle ossa e delle articolazioni o di altra malattia non qui citata?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>Precisare per quale malattia è sottoposto a terapia e se vengono assunti dei farmaci e con quale posologia:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>11 Deve essere ricoverato nel prossimo futuro per sottoporsi ad accertamenti diagnostici, ad intervento chirurgico o terapia?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>Quando - motivi</p> <hr/> <hr/> <hr/>

12 Segue una terapia farmacologica?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Da quando – motivo – durata prevista della terapia – tipo di farmaco o il nome _____ _____ _____
13 Soffre o ha sofferto di alterazioni della vista?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se si quali: <input type="checkbox"/> riduzione della vista <input type="checkbox"/> diplopia <input type="checkbox"/> daltonismo <input type="checkbox"/> retinopatia altro (specificare) _____ _____ _____
14 Soffre di alterazioni dell'equilibrio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se si quali: <input type="checkbox"/> vertigini <input type="checkbox"/> sbandamenti da fermo <input type="checkbox"/> sbandamenti durante il cammino altro (specificare) _____ _____ _____
15 Soffre di alterazioni dell'udito?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Di che tipo – da quando _____ _____ _____
16 Soffre di alterazioni nella deglutizione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> di solidi <input type="checkbox"/> di liquidi
17 Soffre di alterazioni / difficoltà nella masticazione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Di che tipo – da quando _____ _____ _____
18 Soffre di alterazioni della respirazione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se si specificare: <input type="checkbox"/> a riposo <input type="checkbox"/> in movimento <input type="checkbox"/> a causa di allergie <input type="checkbox"/> BPCO (broncopneumopatia cronico ostruttiva) <input type="checkbox"/> BPCR (broncopneumopatia cronico restrittiva) <input type="checkbox"/> a causa di apnee notturne altre cause (specificare) _____ _____ _____

19 Soffre di alterazioni del controllo sfinterico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Di che tipo – da quando <hr/> <hr/> <hr/>
20 Soffre di alterazioni sensitivo/motorie agli arti superiori?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se si specificare: <input type="checkbox"/> difficoltà ad impugnare posate, matita, penna <input type="checkbox"/> difficoltà ad allacciare bottoni <input type="checkbox"/> tremori <input type="checkbox"/> alterazioni della sensibilità alle dita <input type="checkbox"/> alterazioni della calligrafia (disgrafia/micrografia) altro (specificare) _____ <hr/> <hr/>
21 Soffre di alterazioni sensitivo/motorie agli arti inferiori?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se si specificare: <input type="checkbox"/> zoppia <input type="checkbox"/> difficoltà a salire senza aiuto o appoggio le scale <input type="checkbox"/> difficoltà a scendere senza aiuto o appoggio le scale <input type="checkbox"/> riduzione di velocità nei trasferimenti <input type="checkbox"/> presenza di varici <input type="checkbox"/> caviglie gonfie <input type="checkbox"/> crampi ai polpacci che costringono a frequenti fermate (ogni 50 / 100 metri) altro (specificare) _____ <hr/> <hr/>
22 Soffre di alterazioni o difficoltà nella parola o nella memoria?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se si specificare: <input type="checkbox"/> della parola scritta <input type="checkbox"/> della parola ascoltata <input type="checkbox"/> della memoria ad insorgenza improvvisa <input type="checkbox"/> a ritrovare le parole adatte nei discorsi correnti

Io sottoscritto Assicurando con l'apposizione della firma in calce:

- **dichiaro**, ai sensi degli artt. 1892-1893 del C.C., che le dichiarazioni contenute e rese nel presente questionario sono conformi a verità e dichiaro altresì di non aver sottaciato alcun elemento influente sulla valutazione del rischio. L'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere ulteriori informazioni che giudicherà necessarie.
- **dichiaro** di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono avermi curato e/o visitato, nonché le altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali l'Assicuratore credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, acconsentendo, in particolare, che tali informazioni siano dall'Assicuratore stesso comunicate ad altre persone o Enti, nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative;
- **dichiaro** ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 N. 196, avendo preso atto che per l'esecuzione delle operazioni e/o servizi richiesti, oltre al trattamento da parte vostra dei miei dati personali, sia comuni sia sensibili, può essere necessaria la loro comunicazione ed il loro correlato trattamento per necessità tecniche ed assicurative da parte delle Società del Gruppo BPU, da parte di Consorzi o Enti ciò preposti, elencati nell'Informativa Privacy contenuta nel Fascicolo Informativo che hanno lo scopo di estendere il campo di accettazione delle polizze vita a classi di rischi che non potrebbero essere normalmente accolte, che potranno trattare i dati esclusivamente per scopi consortili, ovvero per finalità di riassicurazione e retrocessione dei rischi, di consulenza sulla taratura dei rischi, di fornitura alle compagnie consorziate di servizi informativi per la rilevazione dei rischi, di studio e di analisi statistica attuariale, nonché da parte dei medici legali, fiduciari e di famiglia, dò il mio consenso al trattamento da parte vostra delle predette comunicazioni ed il correlato trattamento da parte di tali soggetti.

Fatto a il

Firma dell'Assicurando.....

Timbro e firma del Medico curante.....

Aviva Assicurazioni Vita S.p.A.

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27/12/1988 (Gazzetta Ufficiale n. 3 del 04/01/1989) Capitale Sociale Euro 49.721.776,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1254313 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano Codice Fiscale e Partita IVA 08869370158 Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A.





Aviva Assicurazioni Vita S.p.A.

INFORMATIVA SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali la Società informa gli interessati sull'uso dei loro dati personali e sui loro diritti ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003).

La nostra azienda deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (Contraenti e Assicurati).

UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI*

* *Le finalità assicurative richiedono, come indicato nella raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per l'individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative.*

I dati forniti dagli interessati o da altri soggetti che effettuano operazioni che li riguardano o che, per soddisfare loro richieste, forniscono all'azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc., sono utilizzati da Aviva Assicurazioni Vita S.p.A., da Società del Gruppo Aviva e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornire il prodotto assicurativo, nonché servizi e prodotti connessi o accessori, che gli interessati hanno richiesto,
- redistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

La nostra Società chiede, quindi, agli interessati di esprimere il consenso – contenuto nella Proposta di Assicurazione - per il trattamento dei loro dati, strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi dagli stessi richiesti.

Per i servizi e prodotti assicurativi la nostra Società ha necessità di trattare anche dati "sensibili" – sono considerati sensibili i dati relativi, ad esempio, allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali ed alle convinzioni religiose dei soggetti interessati (art. 4, comma 1, lett. d, del Codice in materia di protezione dei dati personali) - strettamente strumentali all'erogazione degli stessi (come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri).

Il consenso richiesto riguarda, pertanto, anche tali dati per queste specifiche finalità.

Per tali finalità i dati degli interessati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM), broker assicurativi, Società di Gestione del Risparmio, organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie quali INPS, INPGI, Forze dell'ordine ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

Il consenso degli interessati riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo ad:

Aviva Assicurazioni Vita S.p.A. – Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775 447.

Senza tali dati la nostra Società non potrebbe fornire agli interessati i servizi e i prodotti assicurativi richiesti, in tutto o in parte.

Alcuni dati, poi, devono essere comunicati dagli interessati o da terzi per obbligo di legge (lo prevede, ad esempio, la disciplina antiriciclaggio).



Aviva Assicurazioni Vita S.p.A.

MODALITÀ D'USO DEI DATI

Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a, della Legge: raccolta, registrazione e organizzazione, elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione, utilizzo, comprese consultazione, comunicazione, conservazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela.

I dati personali degli interessati sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire agli stessi i servizi, i prodotti e le informazioni da loro richiesti, anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. La Società utilizza le medesime modalità anche quando comunica, per tali fini, alcuni di questi dati ad altre aziende dello stesso settore, in Italia ed all'estero e ad altre aziende dello stesso Gruppo, in Italia ed all'estero.

Per taluni servizi, vengono utilizzati soggetti di fiducia che svolgono, per conto della Società, compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

Questi soggetti sono diretti collaboratori e svolgono la funzione di "Responsabile" o dell' "incaricato" del trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "Titolari" del trattamento stesso. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Aviva o della catena distributiva (agenti o altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione sulla vita, consulenti tecnici) ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società (legali, medici, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali indicate nei plichi postali utilizzati), società di revisione e di consulenza, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti.

In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, la Società precisa infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i suoi dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente richiedendolo ad:

Aviva Assicurazioni Vita S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447, ove potranno essere conosciute anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Il consenso espresso dagli interessati, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del prodotto o servizio assicurativo richiesto e per la redistribuzione del rischio.

La Società informa, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i loro dati e come essi vengono utilizzati. Inoltre hanno il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (questi diritti sono previsti dall'articolo 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali; la cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge, per l'integrazione occorre vantare un interesse, il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi di materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato e, negli altri casi, l'opposizione presuppone sempre un motivo legittimo).

Per l'esercizio dei loro diritti gli interessati possono rivolgersi a:

Servizio Privacy – Aviva Assicurazioni Vita S.p.A. – V.le Abruzzi 94 – 20131 Milano - tel. 02.2775.447
- fax 02.2775.474 – email privacy_vita@avivaitalia.it.

Il Direttore Generale è responsabile del trattamento dei dati personali per l'Area Industriale ed Assicurativa.

Sulla base di quanto sopra, Lei può esprimere il consenso – per gli specifici trattamenti, comprese le comunicazioni e i trasferimenti, effettuati dalla nostra Società e per gli altrettanto specifici





Aviva Assicurazioni Vita S.p.A.

trattamenti, comprese le comunicazioni e i trasferimenti, effettuati dai soggetti della “catena assicurativa” – apponendo la Sua firma in calce:

(luogo e data)

(firma dell'interessato)

(nome e cognome o denominazione)

Timbro e firma dell'Intermediario

(codice anagrafico)

(num. Polizza/proposta)

(num. Sinistro)

Aviva Assicurazioni Vita S.p.A.



INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art.13 della legge 196/03, La/Vi informiamo di quanto segue:

- a) Il trattamento dei dati personali e sensibili ad Ella/a Voi riferiti, è effettuato esclusivamente per finalità relative all'espletamento dell'attività di agenzia di cui alle norme del Codice sulle Assicurazioni private, consistente nel presentare e proporre prodotti assicurativi o nel prestare assistenza e consulenza finalizzate a tale attività, nella sottoscrizione dei relativi contratti ed in tutte le altre attività di legge o regolamento strettamente connesse e strumentali all'attività di agenzia.
- b) Il trattamento riguarda inoltre lo svolgimento di altre iniziative di carattere informativo e promozionale volte ai clienti, agli assicurati ed ai loro familiari anche attraverso l'invio di e-mail o SMS.
- c) Il trattamento dei dati potrà essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o automatizzati e potrà consistere in qualunque operazione o complesso di operazioni tra quelle previste dalla legge 196/03.
- d) Il conferimento dei dati personali e il loro trattamento non hanno natura obbligatoria, salvo il caso in cui vengano richiesti da specifiche norme di legge (ad esempio la normativa in materia di riciclaggio di denaro). Il conferimento ed il trattamento dei dati sono tuttavia necessari al fine di garantire il regolare svolgimento delle procedure inerenti alle coperture assicurative. Il conferimento dei dati riferiti alla situazione sanitaria è condizione necessaria ai fini della stipula di alcune tipologie di polizze (sanitarie, vita, invalidità permanente da malattia) e la sua mancanza comporterà l'impossibilità della stipula dei contratti.
- e) I dati personali, anche sensibili, a Lei riferibili, non sono soggetti a diffusione ma potranno essere soggetti, per

l'espletamento delle attività sopra descritte, a comunicazione ad altri soggetti operanti nel settore assicurativo, fra cui compagnie, agenti, coassicuratori, riassicuratori, periti, consulenti, legali, ISVAP e Ministero dell'Industria, fondi, associazioni, altri enti o Commissioni Tecniche Miste di Assistenza e Controllo che operino nell'ambito di convenzioni assicurative. Potranno inoltre essere comunicati a Società che svolgono servizi di contabilità, attività di trasmissione e imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni, di archiviazione della documentazione e di gestione dei dati; all'ente poste e alle società di recapito di corrispondenza, al sistema bancario per l'effettuazione di pagamenti. Detti soggetti utilizzeranno i dati nel rispetto delle disposizioni di cui alla Legge in oggetto, in piena autonomia ed assumendo rispetto a tali dati ed al loro trattamento la qualifica di "Titolare", senza che alcuna responsabilità possa rinvenirsi a tale titolo in capo ad Assidir S.r.l. . Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali verranno comunicati i dati è disponibile presso la sede della Società. I dati identificativi dei corrispondenti titolari e dei responsabili potranno essere acquisiti presso il Garante per la protezione dei dati personali e presso gli stessi soggetti indicati.

- f) L'interessato al trattamento dei dati personali ha i diritti di cui all'art. 7 della legge indicata, il cui testo è integralmente riportato sul retro del presente foglio.
- g) Il titolare è Assidir S.r.l. con sede in Milano, Via Stoppani, 6 – 20129.
- h) Responsabile del trattamento è:
Spett.le Gpa Wide Technology S.p.A.
Via Stoppani, 6– 20129 Milano

✂-----parte da compilare, tagliare e restituire-----

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa a lato:

1. acconsento non acconsento

al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali, anche sensibili limitatamente all'adempimento degli obblighi contrattuali.

2. acconsento non acconsento

al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali per iniziative a carattere informativo e promozionale anche attraverso l'invio di SMS, ad opera di Assidir S.r.l. nei limiti e con le finalità di cui alla predetta informativa.

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

Firma	Cognome e Nome o Ragione Sociale
Luogo	
Data	

Art. 7 D.Lgs 196/2003 (Diritti dell'interessato)

Art. 7. (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.