

**DOMANDA DI ADESIONE ALLA FORMA ASSICURATIVA  
"RENDITA COLLEGATA A PROBLEMI DI NON AUTOSUFFICIENZA"  
(CONVENZIONE "ANTONIO PASTORE" 3175)**

Il sottoscritto

**GENERALITA' DELL'ASSICURATO**

COGNOME E NOME		MATICOLA DEL DIRIGENTE	
LUOGO E DATA DI NASCITA		COD. FISC. <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></table>	
<b>RESIDENZA DELL'ASSICURATO</b>			
INDIRIZZO		RECAPITO TELEFONICO	
CAP	CITTA'	PROV.	INDIRIZZO E-MAIL
DOCUMENTO D'IDENTITA'	NUMERO	RILASCIATO DA	IN DATA

dichiara:

- di svolgere dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ l'attività di dirigente presso la Spettabile \_\_\_\_\_  
oppure
- di essere prosecutore volontario alla Convenzione "Antonio Pastore" N.3175 dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
con l'importo trimestrale di € \_\_\_\_\_

**RICHIEDE DI ADERIRE ALLA FORMA ASSICURATIVA "RENDITA COLLEGATA A PROBLEMI DI NON AUTOSUFFICIENZA" NELLA FORMA "A VITA INTERA" (Tar. 10L7)**

L'attivazione della garanzia assicurativa "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "a Vita intera" può avvenire solo a partire dal 66° anno di età (età assicurativa) dell'Assicurato e può essere richiesta in alternativa alla garanzia assicurativa "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea", dai Dirigenti e dai Procuratori volontari. Secondo quanto previsto agli Artt. 10 "Premio di assicurazione" e 15 "Durata della copertura assicurativa", contenuti nella Sezione 4 delle Condizioni di assicurazione della Convenzione 3175, il premio è dovuto fino al raggiungimento dell'80° anno di età (età assicurativa) dell'Assicurato e la copertura assicurativa valida per tutta la vita dell'Assicurato stesso.

**RICHIEDE DI ADERIRE ALLA FORMA ASSICURATIVA "RENDITA COLLEGATA A PROBLEMI DI NON AUTOSUFFICIENZA" NELLA FORMA "TEMPORANEA" (Tar. 53L3)**

L'attivazione della garanzia assicurativa "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea" può essere richiesta dai procuratori volontari solo nel caso in cui non sia già attiva nell'ambito della propria posizione individuale. Il premio annuo per questa forma assicurativa (€ 206,60), sarà prelevato dal contributo volontario che non potrà essere inferiore ad € 4.338,24/anno. Secondo quanto previsto agli Artt. 10 "Premio di assicurazione" e 15 "Durata della copertura assicurativa" contenuti nella Sezione 4 delle Condizioni di assicurazione della Convenzione 3175, il premio è dovuto e la copertura assicurativa valida fino al raggiungimento del 70° anno di età (età assicurativa) dell'Assicurato.

Dichiara di aver ricevuto, letto e compreso le informative sul trattamento dei dati personali di Aviva Vita S.p.A. e Assidir S.r.l. di seguito riportate

**IMPORTANTE**

Le modalità di attivazione della forma assicurativa "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nelle forme "a Vita Intera" e "Temporanea" sono regolate dal punto 16 "Prosecuzione volontaria" contenuto nella Sezione 1. Le condizioni di assicurazione per entrambe le forme sono contenute nella Sezione 4 della Convenzione 3175.

**AVVERTENZA**

Il presente modulo, corredato dal consenso al trattamento dati da parte di Aviva Vita S.p.A. e Assidir S.r.l., compilato e sottoscritto dall'Assicurato, deve essere inviato a mezzo Raccomandata A.R. ad Assidir S.r.l. - Via Stoppani, 6 - 20129 Milano oppure tramite PEC all'indirizzo [assidir@pec.it](mailto:assidir@pec.it)

LUOGO	DATA	FIRMA DEL DIRIGENTE
_____	_____	_____

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

### 1. CHI E' IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?

Aviva Vita S.p.A. con sede in Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI), (di seguito, la "Società"), agisce in qualità di titolare del trattamento, da intendersi come soggetto che determina le finalità e le modalità del trattamento di dati personali relativi all'assicurato/contraente/beneficiario (di seguito l'"Interessato") ai sensi della polizza assicurativa (la "Polizza ") a cui la presente informativa sul trattamento dei dati personali è allegata.

### 2. QUALI DATI SONO TRATTATI?

La Società tratta i dati forniti dall'Interessato, ivi inclusi - qualora necessari per la prestazione dei servizi e/o esecuzione degli obblighi di cui alla Polizza – i dati relativi alla salute e i dati giudiziari.

Nota Bene: qualora l'Interessato fornisca alla Società dati personali di eventuali soggetti terzi, lo stesso si impegna a comunicare a questi ultimi quanto contenuto nella presente informativa, anche mediante rinvio alla sezione Privacy del sito internet [www.aviva.it](http://www.aviva.it).

### 3. PER QUALI FINALITA' SONO TRATTATI I DATI?

La Società tratta i dati personali dell'Interessato per le seguenti finalità:

a) FINALITA' ASSICURATIVE: I dati personali dell'Interessato vengono trattati

- ai fini della stipula e esecuzione della Polizza, ivi inclusi eventuali rinnovi (comprese la valutazione del rischio assicurativo effettuata dalla Società sulla base di determinate caratteristiche dell'Interessato e l'esecuzione - anche tramite call center - di verifiche circa la conformità alla normativa applicabile dell'attività degli incaricati di cui si avvale la Società), e
- per la prestazione dei servizi connessi all'attività assicurativa e riassicurativa oggetto della Polizza (compreso, ad esempio, l'invio di comunicazioni funzionali all'iscrizione all'area clienti). La Società potrà eventualmente trattare dati giudiziari a Lei riferiti nell'ambito di: liquidazione sinistri, contenziosi, provvedimenti di Autorità pubbliche o giudiziarie, adempimenti normativi e regolamentari.

b) FINALITA' DI INTERESSE LEGITTIMO: i Suoi dati potranno infine essere trattati per il perseguimento dell'interesse legittimo della Società o di altre società del gruppo Aviva, nell'ambito delle seguenti finalità:

- Attività di test e risoluzione delle anomalie dei sistemi informatici;
- Statistiche utilizzo sito web;
- Reportistica e analisi statistiche dei prodotti assicurativi per il miglioramento degli stessi;
- Verifiche di audit interno, controlli a campione sulle polizze e reportistica.

### 4. SU QUALE BASE VENGONO TRATTATI I DATI?

Il conferimento dei dati personali - ivi inclusa la prestazione del consenso al trattamento di eventuali dati relativi alla salute - è **obbligatorio** per le FINALITA' ASSICURATIVE di cui al precedente paragrafo 3 a), ovvero per poter stipulare ed eseguire la Polizza, nonché per gestire e liquidare eventuali sinistri denunciati. Il rifiuto al conferimento dei dati per tale finalità, o l'eventuale revoca, determinerà quindi l'impossibilità di stipulare o dare esecuzione alla Polizza.

Il trattamento per le Finalità di Interesse Legittimo è eseguito ai sensi dell'articolo 24, comma 1, lettera d) del Decreto Legislativo 196/2003 ("**Codice Privacy**") e per il perseguimento dell'interesse legittimo del Titolare e delle proprie controparti allo svolgimento delle operazioni economiche ivi indicate ai sensi

dell'articolo 6, lettera f), del Regolamento europeo generale sulla Protezione dei Dati 2016/679 (il "**Regolamento Privacy**"). Il trattamento per le Finalità di Interesse Legittimo **non è obbligatorio** e l'Interessato potrà opporsi a detto trattamento con le modalità di cui al successivo paragrafo 8, ma qualora l'Interessato si opponesse a detto trattamento i suoi Dati non potranno essere utilizzati per le Finalità di Interesse Legittimo.

## **5. COME VENGONO TRATTATI I DATI?**

In relazione alle sopra indicate finalità, il trattamento dei dati avverrà sia attraverso l'ausilio di strumenti informatici o automatizzati sia su supporto cartaceo e, comunque, con strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

La valutazione del rischio (di cui al precedente paragrafo 3 a) si basa anche su un processo decisionale automatizzato che, tramite l'analisi delle caratteristiche dell'Interessato, permette di inquadrare lo stesso all'interno di uno specifico livello di rischio. Tale valutazione è necessaria ai fini della stipula e dell'esecuzione della Polizza.

Con riferimento all'adozione del processo decisionale automatizzato sopra indicato relativo ai dati sulla salute, lo stesso può avvenire unicamente con il previo consenso dell'Interessato. Tuttavia, in mancanza di detto consenso, la Società non potrà accettare la domanda di Polizza.

Resta inteso che l'Interessato ha in ogni momento il diritto di opporsi al processo decisionale automatizzato sopra descritto.

## **6. A CHI VENGONO COMUNICATI I DATI?**

I dati personali dell'Interessato potranno essere comunicati a soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa" quali, per esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; banche distributrici e intermediari finanziari, agenti, subagenti, produttori, brokers e altri canali di distribuzione; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, società volte alla fornitura di servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare; banche dati, organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, il Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP e UCI ed ulteriori autorità competenti ai sensi della normativa applicabile e a fornitori di servizi informatici o di archiviazione.

L'elenco aggiornato delle società a cui saranno comunicati i dati personali dell'Interessato, che potranno agire, a seconda dei casi, in qualità di responsabili del trattamento o autonomi titolari del trattamento, potrà essere richiesto in qualsiasi momento alla Società, all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa. I dati personali non sono soggetti a diffusione.

## **7. I DATI VENGONO TRASFERITI ALL'ESTERO?**

I dati personali forniti potranno essere liberamente trasferiti fuori dal territorio nazionale a Paesi situati nell'Unione europea. L'eventuale trasferimento dei dati personali dell'Interessato in Paesi situati al di fuori dell'Unione europea avverrà, in ogni caso, nel rispetto delle garanzie appropriate e opportune ai fini del trasferimento stesso ai sensi della normativa applicabile.

L'Interessato avrà il diritto di ottenere una copia dei dati detenuti all'estero e di ottenere informazioni circa il luogo dove tali dati sono conservati facendone espressa richiesta alla Società all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

## **8. QUALI SONO I DIRITTI DELL'INTERESSATO?**

Fermo restando la possibilità dell'Interessato di non conferire i propri dati personali, lo stesso potrà, in ogni momento e gratuitamente:

- a) ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano ed averne comunicazione;
- b) conoscere l'origine dei dati, le finalità del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici;

- c) chiedere l'aggiornamento, la rettifica o - se ne ha interesse - l'integrazione dei dati che lo riguardano;
- d) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento;
- e) revocare, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano, senza che ciò pregiudichi in alcun modo la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- f) opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei suoi Dati per Finalità di Legittimo Interesse.

L'Interessato potrà altresì, in qualsiasi momento,

- g) chiedere alla Società la limitazione del trattamento dei suoi dati personali nel caso in cui:
  - i) l'Interessato contesti l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario alla Società per verificare l'esattezza di tali dati personali;
  - ii) il trattamento è illecito e l'Interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo;
  - iii) benché la Società non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali sono necessari all'Interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
  - iv) l'Interessato si è opposto al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, del Regolamento Privacy in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato;
- h) opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei suoi dati personali;
- i) chiedere la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo e
- j) ottenere la portabilità dei dati che lo riguardano
- k) proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali ove ne sussistano i presupposti

Le relative richieste potranno essere inoltrate alla Società via email al seguente indirizzo: [privacy\\_aviva@aviva.com](mailto:privacy_aviva@aviva.com), o tramite posta all'indirizzo Gruppo Aviva - Servizio Privacy, Via Scarsellini 14, 20161, Milano.

## **9. CHI SONO I RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO?**

La Società ha nominato responsabile del trattamento, tra gli altri, Aviva Italia Servizi Scarl, Via Scarsellini 14, 20161 Milano (MI). L'elenco completo dei responsabili è disponibile tramite l'invio di una richiesta scritta all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

La Società ha altresì nominato - ai sensi dell'articolo 37 del Regolamento Privacy, il responsabile della protezione dei dati personali che può essere contattato al seguente indirizzo email: [dpo.italia@aviva.com](mailto:dpo.italia@aviva.com), o all'indirizzo postale di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

## **10. TERMINE DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI**

I dati personali raccolti ai sensi della presente informativa vengono conservati per un periodo pari alla durata della Polizza (ivi inclusi eventuali rinnovi) e per i 10 anni successivi al termine, risoluzione o recesso della stessa, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo successivo sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile.

Alla cessazione del periodo di conservazione i dati saranno cancellati, anonimizzati o aggregati.

## **11. MODIFICHE E AGGIORNAMENTI**

La presente informativa è aggiornata alla data indicata nella sua intestazione. La Società potrebbe inoltre apportare modifiche e/o integrazioni a detta informativa, anche quale conseguenza di eventuali successive modifiche e/o integrazioni normative.

L'Interessato potrà visionare il testo dell'informativa costantemente aggiornata nella sezione *Privacy* del sito internet [www.aviva.it](http://www.aviva.it).

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto dichiaro di avere ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nella documentazione messa a mia disposizione, di essere consapevole che il trattamento dei miei dati relativi alla salute, eventualmente forniti, anche tramite un processo decisionale automatizzato, è necessario per le finalità assicurative descritte nel paragrafo 3 dell'informativa e, pertanto, acconsento a tale trattamento.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Timbro e firma dell'Intermediario

\_\_\_\_\_  
(firma dell'interessato)

\_\_\_\_\_  
(nome e cognome o denominazione)

\_\_\_\_\_  
(codice anagrafico)

\_\_\_\_\_  
(num. Polizza/proposta)

\_\_\_\_\_  
(num. Sinistro)

## **INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 E DEL REGOLAMENTO IVASS**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/679 (anche detto GDPR) sulla protezione dei dati personali e del Regolamento Ivass 40/2018, il trattamento dei Suoi dati personali sarà eseguito da Assidir S.r.l., di seguito il "Titolare", in conformità ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, nonché di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. In relazione a ciò, La informiamo di quanto segue.

### **a) *Identità e dati di contatto del Titolare del trattamento Dati di contatto del DPO***

Titolare del trattamento è Assidir S.r.l., Via Stoppani, 6 - 20129 Milano, di seguito il "Titolare". I suoi dati di contatto sono i seguenti: [info@assidir.it](mailto:info@assidir.it), tel. 02.202031.

### **b) *Dati di contatto del DPO***

Il Titolare ha designato un Responsabile della protezione dei dati (DPO) che lei può contattare per tutte le questioni relative al trattamento dei suoi dati personali e all'esercizio dei diritti derivanti dal GDPR. I dati di contatto del DPO sono i seguenti: [dpo@assidir.it](mailto:dpo@assidir.it)

### **c) *Finalità e base giuridica del trattamento***

Il trattamento a cui saranno sottoposti i Suoi dati personali, sarà effettuato per i seguenti fini:

1. Gestione delle convenzioni contrattuali, gestione e analisi del rischio assicurativo, gestione dei sinistri, consulenza e assistenza agli associati e/o clienti assicurati o potenziali e esecuzione di ogni altra attività legata alla gestione e vendita di pratiche assicurative; (Base giuridica del trattamento: **Esecuzione del contratto**);
2. Esecuzione di obblighi legislativi legati all'attività di agenzia assicurativa; (Base giuridica del trattamento: **obbligo di legge**);
3. Supporto ai clienti, ricezione di reclami, segnalazioni, catalogazione dei quesiti posti; (Base giuridica del trattamento: **Esecuzione del contratto**);
4. Comunicazione alle compagnie assicurative coinvolte; (Base giuridica del trattamento: **Esecuzione del contratto**);
5. Svolgimento di attività di carattere informativo e promozionale rivolto ai clienti, agli assicurati ed ai loro familiari, attraverso email, telefonate, sms e altre tecniche di comunicazione a distanza; (Base giuridica del trattamento: **Consenso**).

Il trattamento avverrà con l'ausilio di supporti cartacei o strumenti elettronici, anche automatizzati, e sarà gestito da personale appositamente incaricato. Sarà effettuato nel rispetto delle modalità e dei requisiti dei dati previsti dall'art. 5 del GDPR e comprenderà tutte le operazioni o complesso di operazioni previste dall'art. 4 comma 1, n. 2), di detto GDPR, necessarie al trattamento in questione, ivi inclusa la comunicazione nei confronti dei soggetti sotto indicati.

### **d) *Dati di natura particolare***

I Suoi dati personali appartenenti a categorie particolari di cui all'art 9 del GDPR (quali ad esempio dati relativi alla salute), saranno trattati **esclusivamente previo suo consenso esplicito** e solo per l'esecuzione del contratto di assicurazione di cui è parte o beneficiario.

### **e) *Base giuridica del trattamento e legittimo interesse***

La base giuridica per il trattamento dei dati personali relativi a ciascuna finalità sopra indicata è specificato a fianco di ognuna di esse.

**f) Facoltà o obbligo del conferimento e conseguenze del mancato conferimento dei dati**

Per le finalità dalla numero c) 1. alla numero c) 4. il conferimento dei dati personali non ha natura obbligatoria, tuttavia, è necessario per la conclusione del contratto. In assenza parziale o totale di tale conferimento, non si potrà dare inizio al rapporto contrattuale e alla sua prosecuzione.

Per la finalità di cui al punto c) 5. il mancato conferimento dei dati non comporterà alcuna conseguenza a parte l'impossibilità per il Titolare di contattarla per offerte e comunicazioni promozionali.

Per quanto riguarda i dati di natura particolare di cui al punto d), il loro trattamento può avvenire solo in base al consenso, che tuttavia, se non fosse dato, comporterebbe l'impossibilità di adempiere al contratto.

**g) Destinatari o categorie di destinatari dei dati personali**

I dati personali relativi al trattamento in questione, per le finalità di cui sopra, potranno essere comunicati o resi noti:

- a coloro i quali all'interno dell'organizzazione del Titolare, incluse società o associazioni del gruppo ubicate nell'Unione Europea, ne abbiano necessità per la realizzazione delle finalità sopra indicate;
- alle Società o associazioni facenti parte del nostro Gruppo aziendale (le società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'articolo 2359 del codice civile ovvero le società sottoposte a comune controllo, nonché i soggetti aderenti a consorzi, reti di imprese e raggruppamenti e associazioni temporanei di imprese. Dato il nostro carattere internazionale, tali società potranno essere ubicate anche all'estero, comunque nell'ambito della Unione Europea) che risultano autorizzate a trattarli per le finalità amministrative interne;
- a quei soggetti ai quali le disposizioni di legge diano facoltà di accesso, ovvero ai quali il trasferimento dei dati si renda necessario per gli adempimenti previsti da leggi o regolamenti, quali, a titolo non esaustivo:
  - le PP.AA. e autorità giudiziaria, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, coi criteri e nei limiti previsti dalla normativa vigente e dai regolamenti;
  - IVASS, o altri istituti o autorità di vigilanza che lo sostituiscano;
- ai soggetti la cui attività è necessaria per l'esecuzione dei contratti di cui lei è parte o per adempiere a richieste prima della conclusione del contratto (es: Trasportatori, Fornitori di beni e servizi e Subfornitori sia nazionali che esteri dentro l'UE, Società ed istituti del settore bancario, creditizio e assicurativo, Società di factoring, Intermediari finanziari, Società che forniscono informazioni commerciali, Società di recapito della corrispondenza e/o imbustamento);
- a soggetti terzi a cui il Titolare eventualmente esternalizza talune attività e che di conseguenza erogano alla scrivente determinati servizi strumentali, comunque correlati ai trattamenti e alle finalità sopra descritte, quali ad esempio servizi amministrativi, contabili, fiscali, di revisione, di gestione del sistema informativo, gestione delle presenze e delle paghe, di riscossione del credito, di archiviazione di massa, di call center. Tali soggetti terzi effettuano trattamenti per conto del Titolare e risultano autorizzati a trattarli in qualità di Responsabili del trattamento secondo quanto previsto dall'art 28 del GDPR;

- alle Società assicuratrici, ai fini della regolazione e riscossione dei premi relativi alle polizze, nonché ad altri soggetti nel settore assicurativo fra cui agenti, riassicuratori, periti, consulenti, legali, Fondi, associazioni o altri enti o Commissioni Tecniche Miste di Assistenza e Controllo che operino nell'ambito di convenzioni assicurative;

**h) Periodo di conservazione**

I suoi dati verranno conservati, oltre il periodo di vigenza del rapporto contrattuale, per **10** anni.

**i) I suoi diritti**

Il GDPR le riconosce i seguenti diritti in relazione ai suoi dati personali che potrà esercitare nei limiti e in conformità a quanto previsto dalla normativa:

1. Diritto di accesso ai suoi dati personali (art. 15 );
2. Diritto di rettifica (art. 16);
3. Diritto di cancellazione (diritto all'oblio) (art. 17);
4. Diritto di limitazione di trattamento (art. 18);
5. Diritto alla portabilità dei dati (art. 20);
6. Diritto di opposizione (art. 21);
7. Diritto di opporsi a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato (art. 22);
8. Il diritto di revocare, in qualsiasi momento, il consenso rilasciato, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca; potrà ottenere ciò inviando una richiesta scritta indirizzata al Titolare del trattamento all'indirizzo postale o tramite e-mail, come indicato nel precedente punto A
9. il diritto di contattare il Responsabile della protezione dei dati (DPO) per tutte le questioni relative al trattamento dei suoi dati personali e all'esercizio dei diritti derivanti dal Regolamento Europeo. Il DPO può essere contattato come indicato nel precedente punto B;
10. il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante della protezione dei dati qualora ritenga che il trattamento dei suoi dati sia contrario alla normativa in vigore ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).

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

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Per consentire al Titolare il trattamento dei Dati di Natura Particolare in conformità alla normativa vigente come descritto nel punto D dell'informativa riguardante tali categorie di dati

do il consenso

nego il consenso

Per consentire al Titolare il trattamento per la finalità di invio di comunicazioni di carattere informativo e promozionale come descritte:

- 1) al punto c) 5. di cui sopra;
- 2) agli artt. 82 e 83 del Reg. Ivass 40/2018 (consenso tecnica di comunicazione a distanza).

do il consenso       nego il consenso\*

Alle seguenti tecniche di comunicazione a distanza

Posta prioritaria     SI    NO     Email      SI     NO   
Sms                     SI    NO     Telefono    SI     NO

Firma	Cognome e Nome o Ragione Sociale
Luogo	
Data	

\*negando il consenso non serve compilare le caselle successive



## 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: statura .....cm.      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><b>7</b> 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><b>8</b> 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><b>9</b> 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/> <p>Se si, risultato del test e data</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p><b>10</b> 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/>
<p><b>11</b> 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/>

<b>12</b> 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 _____ _____ _____
<b>13</b> 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) _____ _____ _____
<b>14</b> 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) _____ _____ _____
<b>15</b> Soffre di alterazioni dell'udito?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Di che tipo – da quando _____ _____ _____
<b>16</b> Soffre di alterazioni nella deglutizione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> di solidi <input type="checkbox"/> di liquidi
<b>17</b> Soffre di alterazioni / difficoltà nella masticazione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Di che tipo – da quando _____ _____ _____
<b>18</b> 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) _____ _____ _____

<b>19</b> Soffre di alterazioni del controllo sfinterico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Di che tipo – da quando <hr/> <hr/> <hr/>
<b>20</b> 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/>
<b>21</b> 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/>
<b>22</b> 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.

Fatto a ..... il .....

Firma dell'Assicurando .....

Timbro e Firma del Medico Curante .....

### Aviva Vita S.p.A.

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Pec: aviva\_vita\_spa@legalmail.it Capitale Sociale Euro 155.000.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1676319 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Codice Fiscale 08701770151 Partita IVA 05930150015 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 17860 del 09/09/1988 (Gazzetta Ufficiale n. 223 del 22/09/1988) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00075 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00009

