**CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DI**

**DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI**

**Preso atto dell’Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, riportata in documento separato che dichiaro di aver ricevuto e consapevole degli effetti del rifiuto del consenso:**

⬜ acconsento ⬜ non acconsento

al trattamento dei miei dati personali sensibili per le **finalità assicurative** (vd. lettera A) dell’informativa privacy)

⬜ acconsento ⬜ non acconsento

al trattamento dei miei dati personali per **finalità di *marketing*** (vd. lettera B) dell’informativa privacy)

Luogo e data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome e nome dell’Assicurando (o denominazione)

Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’Assicurando o del tutore legale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MOD CONSENSO PRIVACY (ED. 07/2019)

**Questionario Sanitario Anamnestico – applicabile per:**

**•** Polizza Sanitaria per Soci

• Polizza Indennità di Degenza

• Polizza Sanitaria

• Polizza Infortuni – invalidità permanente da malattia

Essenziale ai fini dell’accettazione del rischio da parte della compagnia e della validità delle garanzie,

costituendo la presente proposta parte integrante del contratto definitivo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Assicurando |  | | Data di nascita |  |
| Domicilio |  | | Sesso |  |
| Socio della Cassa Raiffeisen |  | Cod. fiscale |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Domande della società** | **Risposte – dichiarazioni dell’Assicurando** |
| **1**- Esistono altre polizze di assicurazione che coprono lo stesso rischio? | **1** |
| **2**- Se l’Assicurando è stato ricoverato in Istituti di Cura indicare quando, la diagnosi accertata ed eventuali interventi chirurgici subiti. | **2** |
| **3**- Ha sofferto o soffre attualmente di malattie o postumi di infortuni? | **3** |
| **4**- Soffre di problemi ortopedici come artrosi, ernie del disco, reumatismo, ecc.? | **4** |
| **5**- Soffre di problemi legati ad alterazioni vascolari come vene varicose, ecc.? | **5** |
| **6**- Soffre di problemi oculistici come cataratta, miopia, presbiopia ecc.? | **6** |
| **7**- Soffre di ipertensione? Presenta valori di colesterolo alterati? Presenta valori di glicemia alterati? Presenta altri valori ematici alterati? Se sì, indicare valori. | **7** |
| **8**- Altezza m? Peso kg? | **8** m kg |
| **9**- BMI superiore a 30 ?  BMI = peso in chili / (altezza in m x altezza in m) | **9** |
| **10**- Soffre di qualche menomazioni che rende obbligatorio l’uso di terapia? | **10** |
| **11**- Sono previsti o sono stati consigliati cure o analisi con o senza ricovero o fa uso abituale di farmaci? | **11** |
| **12**- Sussistono difetti fisici, handicap, malattie croniche, postumi di invalidità permanente? | **12** |
| **13**- È affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, siero- positività diagnosticata dal test H.I.V., da sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.)? | **13** |

Il sottoscritto dichiara che le notizie fornite sono assolutamente veritiere, consapevole che esse costituiscono la base di valutazione del rischio da parte della Compagnia. Dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettabili alle disposizioni degli art. 1892 e 1893 del Codice Civile. Proscioglie infine dal segreto professionale i medici e gli enti che lo hanno visitato e/o curato.

, il Firma dell’Assicurando/tutore legale

Firma/Timbro del Medico (\*)

(\*)**RIMANDO:** Se l’assicurando ha compiuto il 59simo anno di età e si tratta della **“Polizza Sanitaria”**, il questionario anamnestico deve essere compilato e firmato dal medico.

NOTIFICA PRIVACY

Per il trattamento dei dati personali contenuti nel questionario anamnestico si rimanda alla informativa MOD D/V INF CONS 2016/679 (ED.07 2019) ai sensi degli artt. 13 e 14.