

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**Assicurazione sulla vita “Temporanea Caso Morte” connessa
all'erogazione di Prestiti rimborsabili mediante cessione di quote della pensione fino al quinto
CONVENZIONE ASSICURATIVA N. 300.CBPSGL
stipulata da SIGLA S.r.l. con Harmonie Mutuelle – Sede Secondaria**

Questo documento è stato realizzato in data 04/04/2022 ed è l'ultimo disponibile

Eventuali aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel presente documento potranno essere comunicati al Contraente/Cedente in formato elettronico via email, attraverso il sito internet della Impresa www.harmonie-mutuelle-italia.it, secondo quanto previsto dal Codice delle Assicurazioni Private e dal Regolamento Ivass n. 41/2018.

Premessa

Premesso che:

- il Contraente concede, in conto proprio o quale mandatario di terzi, Prestiti rimborsabili mediante cessioni di quote di pensione fino al quinto, disciplinati dalla Legge 180;
- il Contraente ha necessità di tutelarsi per il rischio di inadempimento dell'obbligazione di pagamento delle rate di rimborso da parte del Cedente/Assicurato in seguito al suo Decesso avvenuto nel corso del periodo di ammortamento del finanziamento;
- l'Assicuratore conferma al Contraente di obbligarsi, nei termini giuridici sotto indicati, a prestare la copertura assicurativa di cui al precedente punto b);
- per ogni Contratto di Prestito assunto in garanzia l'Assicuratore emette e sottoscrive un apposito Certificato di polizza.

Glossario

Nel testo che segue si intende per:

Applicazione:

La singola operazione cui si riferisce la garanzia oggetto della presente Convenzione, identificabile con la Scheda di Rilevazione Dati sottoscritta dal singolo Cedente/Assicurato ed accettata dall'Assicuratore.

Assicuratore:

l'Impresa di assicurazioni HARMONIE MUTUELLE, con sede secondaria in Via Papa Leone XIII, 14 - 20145 Milano.

Assicurazione o Contratto di Assicurazione:

il Contratto di Assicurazione stipulato tra il Contraente e l'Assicuratore secondo le condizioni della presente Convenzione.

Beneficiario:

il soggetto a cui l'Assicuratore deve corrispondere l'indennizzo in caso di Sinistro.

Broker:

CBP Italia S.A.S., con sede in Viale V. Lancetti, 43 – 20158 Milano.

Cedente/Assicurato:

la persona fisica che ha stipulato con il Contraente un Contratto di Prestito rimborsabile mediante cessione di quote della pensione fino al quinto.

Ceduto:

l'Istituto di Previdenza Obbligatoria che eroga la pensione al Cedente e che è impegnato verso il Contraente, ai sensi della Legge 180, a versare a favore di questi la quota di pensione del Cedente/Assicurato.

Certificato di polizza:

il documento attestante l'avvenuta accettazione del rischio da parte dell'Assicuratore e che pertanto prova la stipula dell'Assicurazione secondo le condizioni della presente Convenzione.

Contraente:

Sigla S.r.l. con sede legale in Via Cesare Battisti, 5/a – 31015 Conegliano (TV), R.I. TV, Partita IVA e Codice Fiscale 03951740269, che stipula la Convenzione, eroga il Prestito e paga il Premio.

Contratto di Prestito o Prestito

il contratto di finanziamento rimborsabile mediante cessione di pagamento di quote mensili della pensione.

Decesso

La morte del Cedente/Assicurato.

Indennizzo:

la somma, dovuta dall'Assicuratore, in caso di Sinistro, al Beneficiario.

Legge "180":

il DPR 05/01/1950 n. 180 ed il relativo Regolamento di esecuzione approvato con DPR 28/07/1950 n. 895, integrato dalle successive disposizioni legislative e regolamentari in materia.

Montante lordo:

somma delle rate di ammortamento del finanziamento, al lordo degli interessi.

Parti:

l'Assicuratore e il Contraente.

Premio:

l'importo dovuto dal Contraente all'Assicuratore.

Rinnovo dell'operazione di Cessione

Operazione attraverso la quale viene rinegoziata la Cessione del Quinto in corso. Come previsto dall'Art. 39 della Legge "180" e s.m.i., il rinnovo della cessione del quinto si può ottenere solo se sono trascorsi almeno i primi 2/5 del piano di ammortamento originario, ossia quando sia stato rimborsato il 40% dell'importo totale del finanziamento.

In questo caso, con la rinegoziazione di un finanziamento, si attua contestualmente, da un lato l'estinzione anticipata della Cessione del Quinto in corso, prima della sua naturale scadenza, dall'altra l'erogazione di un nuovo finanziamento da estinguersi mediante cessione di quote della pensione fino al quinto.

Scheda di Rilevazione Dati:

modulo sottoscritto dal Cedente/Assicurato con la formale dichiarazione di consenso dello stesso alla stipula dell'Assicurazione, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1919 del codice civile, che consente all'Assicuratore di prestare la copertura assicurativa secondo i termini della presente Convenzione.

Sinistro:

il Decesso del Cedente/Assicurato, avvenuto nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione.

T.A.N.:

Tasso Annuale Nominale del finanziamento convenuto nel Contratto di Prestito.

Condizioni di Assicurazione

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è assunta dall'Assicuratore in base alle comunicazioni del Contraente ed alle dichiarazioni dei Cedenti/Assicurati.

ART. 2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il presente Contratto di Assicurazione è un'assicurazione Temporanea Caso Morte, connessa alla stipulazione di Prestiti rimborsabili mediante cessione di quote della pensione fino al quinto, avente ad oggetto la copertura del rischio di inadempimento dell'obbligazione di pagamento delle rate di rimborso in seguito al Decesso del Cedente/Assicurato.

In caso di Decesso del Cedente/Assicurato, ed a condizione che non sussista alcuna delle cause di esclusione di cui al successivo Art. 9 - ESCLUSIONI, l'Assicuratore si impegna a corrispondere al Beneficiario un capitale pari alla somma delle rate residue risultanti dal piano di ammortamento definito alla stipula del Prestito, di competenza del periodo successivo al Decesso, al netto degli interessi e degli ulteriori oneri non maturati, secondo quanto convenuto nel Contratto di Prestito. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dal computo dell'Indennizzo.

Alla somma così determinata andranno aggiunti gli importi eventualmente accodati ai sensi dell'Art. 4 - DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE che segue.

Qualunque sia il numero dei Prestiti di cui il Cedente/Assicurato è titolare, l'Indennizzo massimo pagabile dall'Assicuratore è pari a € 75.000,00.

ART. 3 – RISCHI ASSICURABILI E FORMALITA' DI AMMISSIONE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il rischio di Decesso è coperto quale che sia la relativa causa, senza limiti territoriali.

Sono ammessi all'Assicurazione Prestiti di nuova emissione di durata minima di 24 mesi e di durata massima di 120 mesi.

Per ciascun Prestito, il limite massimo di capitale assicurato iniziale è quello corrispondente ad un Montante lordo pari a € 75.000,00 (settantacinquemila/00), dove per Montante lordo si intende il prodotto dell'importo della rata di restituzione del finanziamento per il numero complessivo di rate previste.

Il Cedente/Assicurato deve:

- essere residente nell'Unione Europea;
- essere il sottoscrittore del Prestito di nuova emissione;
- essere titolare di una pensione erogata dall'INPS o da altri enti di diritto italiano;
- avere un'età inferiore a 83 anni alla data di decorrenza "teorica" (comunicata dal Contraente all'Assicuratore ed indicata nel Certificato di polizza) e un'età inferiore a 86 anni al termine del Prestito;
- fornire un documento di identità in corso di validità e il codice fiscale;
- in caso di Rinnovo dell'operazione di Cessione, fornire copia del cedolino della pensione e della dichiarazione di quota cedibile;
- prestare per iscritto, nella Scheda di Rilevazione Dati, il proprio consenso alla stipulazione del Contratto di Assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile;
- prestare per iscritto, nella Scheda di Rilevazione Dati, il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679;
- soddisfare le condizioni di salute, attraverso l'espletamento delle formalità di assunzione medica di seguito indicate.

Con riferimento a ciascun Prestito, il Contraente deve presentare all'Assicuratore, per il tramite del Broker, la Scheda di Rilevazione Dati compilata, datata e sottoscritta dal Cedente/Assicurato.

Nel caso in cui il Cedente/Assicurato non sia residente nel territorio della Repubblica Italiana, si applica una riduzione della quota cedibile nella misura pari al 15%.

Si richiama l'attenzione del Cedente/Assicurato sulla necessità di leggere le "Avvertenze", contenute nella Scheda di Rilevazione Dati, relative alla compilazione del Rapporto di Visita Medica.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Cedente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione del Contratto di Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Le formalità di assunzione medica devono intendersi sulla base dei seguenti parametri:

In caso di operazione di CQP "senza rinnovo"

Età alla scadenza del Prestito	Montante lordo del Prestito	Formalità assunzione medica
< 80 anni	<= 40.000€	Contatto telefonico
<i>Indipendentemente dall'età</i>	> 40.000€	Rapporto di Visita Medica
=> 80 anni	<i>Indipendentemente dal ML</i>	Rapporto di Visita Medica
Cedente/Assicurato titolare di pensione di invalidità/inabilità indipendentemente dall'età e dall'importo del Montante lordo		Rapporto di Visita Medica

Solo in caso di Rinnovo dell'operazione di Cessione

Montante lordo del Prestito	Formalità assunzione medica
<= 40.000€	Contatto telefonico
> 40.000€	Rapporto di Visita Medica
Cedente/Assicurato titolare di pensione di invalidità/inabilità, indipendentemente dall'età e dall'importo del Montante lordo	Rapporto di Visita Medica

Pertanto:

- a) in caso di operazione di CQP "senza rinnovo" con **Montante lordo del Prestito inferiore o pari a € 40.000,00 (quarantamila) e con età del Cedente/Assicurato inferiore a 80 anni alla scadenza del Prestito**
oppure
- b) in caso di **Rinnovo dell'operazione di Cessione con Montante lordo del Prestito inferiore o pari a € 40.000,00 (quarantamila), indipendentemente dall'età del Cedente/Assicurato alla scadenza del Prestito**

L'Assicuratore richiederà al Cedente/Assicurato di rispondere a domande sul suo stato di salute e sulle sue abitudini di vita al fine di valutare l'assunzione del rischio; tali informazioni saranno acquisite attraverso contatto telefonico ai recapiti indicati nella Scheda di Rilevazione Dati stessa.

L'Assicuratore, una volta acquisite tali informazioni, a suo insindacabile giudizio può:

1. accettare il rischio: in tal caso emette il Certificato di polizza;
2. rifiutare l'assunzione del rischio.

- c) in caso di operazione di CQP "senza rinnovo" con **Montante lordo del Prestito superiore a € 40.000,00 (quarantamila), indipendentemente dall'età del Cedente/Assicurato alla scadenza del Prestito**
oppure
- d) in caso di operazione di CQP "senza rinnovo" con **età del Cedente/Assicurato pari o superiore a 80 anni di età alla scadenza del Prestito, indipendentemente dall'importo del Montante Lordo**
oppure
- e) in caso di **Rinnovo dell'operazione di Cessione con Montante lordo del Prestito superiore a € 40.000,00 (quarantamila), indipendentemente dall'età del Cedente/Assicurato alla scadenza del Prestito**
oppure
- f) in tutti i casi di **Cedente/Assicurato titolare di pensione di invalidità/inabilità**

il Contraente deve far compilare, datare e sottoscrivere dal Cedente/Assicurato e dal medico curante dello stesso il Rapporto di Visita Medica, riportato nell'Allegato A, ed inoltrarlo unitamente alla Scheda di Rilevazione Dati.

L'Assicuratore, una volta ricevuta per il tramite del Broker tale documentazione, a suo insindacabile giudizio può:

1. accettare il rischio: in tal caso emette il Certificato di polizza;
2. rifiutare l'assunzione del rischio;
3. richiedere ulteriori notizie o accertamenti sanitari: in tal caso, una volta riesaminato il rischio, l'Assicuratore provvederà a comunicare tramite lettera o email le proprie decisioni e, nell'eventualità di aggravamento del rischio, indicherà l'importo del sovrappremio che il Contraente si obbliga a regolare; qualora, entro i termini di validità della documentazione presentata, il Contraente non dia o non intenda dare seguito alla richiesta dell'Assicuratore, la richiesta di ammissione alla copertura sarà considerata decaduta.

In caso di accettazione con sovrappremio, la garanzia decorre dall'ultima delle seguenti date: 1) data di conferma scritta di accettazione del rischio da parte dell'Assicuratore, con il rilascio del Certificato di polizza; 2) data di erogazione del Prestito.

Resta inteso che tutte le spese sanitarie sono a carico del Cedente/Assicurato.

ART. 4 – DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Con riferimento a ciascun Prestito stipulato dal Contraente con il Cedente/Assicurato, rientrante nella copertura assicurativa, la garanzia decorre dalle ore 00:00 del giorno della prima erogazione del Prestito (giorno in cui l'importo del Prestito è effettivamente concesso) e rimane in vigore per tutta la durata del finanziamento come risultante dal piano di ammortamento.

Resta inteso fra le Parti che fra la data di emissione del Certificato di polizza e la data di decorrenza "teorica" (comunicata dal Contraente all'Assicuratore ed indicata nel Certificato di polizza) non devono intercorrere più di 90 (novanta) giorni.

Il Prestito deve essere erogato entro 4 (quattro) mesi a partire dalla data di decorrenza "teorica" indicata nel Certificato di polizza. In caso contrario, l'Assicurazione si intenderà priva di effetto e il Certificato di polizza verrà annullato d'ufficio dall'Assicuratore.

La durata del piano di ammortamento può essere prolungata per:

- un massimo di ulteriori 12 mesi, in caso di sospensione temporanea dell'ammortamento o in caso di differimento dell'inizio dell'ammortamento. In questa fattispecie, la garanzia rimane in vigore fino al completo ammortamento del finanziamento.
- Un massimo di 18 mesi, in caso di riduzione o sospensione temporanee della quota cedibile della pensione, con conseguente accodamento quote. In questa fattispecie, la garanzia rimane in vigore fino al completo ammortamento del finanziamento.

Art. 5 - REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare la richiesta di Applicazione per singolo Cedente/Assicurato prima che questa venga accettata dall'Assicuratore.

La revoca deve essere esercitata mediante comunicazione inviata all'Assicuratore per il tramite del Broker, a mezzo P.E.C. e/o altro equipollente, contenente i dati identificativi del Cedente/Assicurato e del Prestito.

Art. 6 – RECESSO

Il Contraente può recedere da ogni singola Applicazione mediante comunicazione scritta da inviare all'Assicuratore, per il tramite del Broker, entro 30 (trenta) giorni dalla data di erogazione del Prestito.

L'Assicuratore provvede a restituire al Contraente, per il tramite del Broker, il Premio eventualmente corrisposto, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso.

ART. 7 – CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Con riferimento a ciascun Prestito stipulato dal Contraente e rientrante nella copertura assicurativa, la garanzia cessa in ogni caso:

- al termine del piano di rimborso del Prestito;
- al compimento dell'86° anno di età del Cedente/Assicurato, salvo quanto previsto dal precedente Art. 4 – DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE;
- in caso di estinzione anticipata del Prestito;
- in caso di recesso;
- in caso di Sinistro.

ART. 8 – PREMIO DI ASSICURAZIONE E RELATIVO PAGAMENTO

Il Contraente si impegna a versare all'Assicuratore, per il tramite del Broker, un Premio unico per l'intera durata del singolo Prestito concesso al Cedente/Assicurato.

Il premio unico di assicurazione per ogni Cedente/Assicurato è determinato in base ai seguenti profili:

- durata del Contratto di Prestito;
- età (anni compiuti) del Cedente/Assicurato alla data di decorrenza "teorica" (comunicata dal Contraente all'Assicuratore ed indicata nel Certificato di polizza);
- entità del capitale assicurato iniziale, identificato con il Montante lordo dell'operazione di Prestito.

In caso di sopravvivenza del Cedente/Assicurato alla data di scadenza del Contratto, il Premio rimarrà acquisito dall'Assicuratore quale corrispettivo del rischio in corso.

Il Contraente non percepisce alcuna commissione.

ART. 9 – ESCLUSIONI

Costituiscono causa di esclusione della garanzia assicurativa:

- l'inesistenza del Contratto di Prestito;
- la mancata erogazione del finanziamento;
- la falsificazione dei documenti prodotti a corredo della Scheda di Rilevazione Dati.

Nei suddetti casi il Contraente ha comunque diritto di chiedere all'Assicuratore la restituzione del Premio eventualmente versato e non goduto.

Inoltre è escluso dalla garanzia il Decesso causato da:

- atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora il Cedente/Assicurato vi abbia preso parte attiva;
- tutti i rischi nucleari;
- dolo del Contraente, del Cedente/Assicurato o del Beneficiario;
- partecipazione attiva del Cedente/Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva del Cedente/Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano.

ART. 10 – DENUNCIA DEL SINISTRO

Verificatosi il Decesso del Cedente/Assicurato, il Contraente ha la facoltà di denunciare il Sinistro all'Assicuratore avvalendosi del tool di front end (sistema) messo a disposizione dal Broker, fornendo a corredo della denuncia i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento, di seguito indicati:

- il numero del Contratto di Prestito corrispondente al Cedente/Assicurato deceduto;
- l'ammontare esatto delle rate residue, rilevato al momento del Decesso, quale risulta dal piano di ammortamento definito alla stipula del Prestito, nonché delle rate rimaste totalmente o parzialmente insolte, scadute antecedentemente al Decesso, che hanno beneficiato dell'accodamento;
- il certificato di morte (originale o copia autentica) rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile competente.

Senza il certificato di morte l'Assicuratore non effettuerà alcun pagamento per Sinistro.

ART. 11 – TERMINE DI SCADENZA PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO

Verificatosi il Decesso del Cedente/Assicurato, il Contraente/Beneficiario deve denunciarlo all'Assicuratore entro il termine di 90 (novanta) giorni dalla data in cui il Contraente ne viene a conoscenza. Decorso tale periodo senza che si sia provveduto a darne comunicazione all'Assicuratore, quest'ultimo potrà tenere conto, nella determinazione dell'Indennizzo, dell'eventuale pregiudizio sofferto in ragione della denuncia tardiva.

ART. 12 – PAGAMENTI DELL'ASSICURATORE

In caso di Decesso del Cedente/Assicurato, ed a condizione che non sussista alcuna delle cause di esclusione di cui al precedente Art. 9 - ESCLUSIONI, l'Assicuratore si impegna a corrispondere al Beneficiario un capitale pari alla somma delle rate residue risultanti dal piano di ammortamento definito alla stipula del Prestito, di competenza del periodo successivo al Decesso, al netto degli interessi e degli ulteriori oneri non maturati, secondo quanto convenuto nel Contratto di Prestito. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dal computo dell'Indennizzo.

Alla somma così determinata andranno aggiunti gli importi eventualmente accodati ai sensi del precedente Art. 4 - DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE.

Qualunque sia il numero dei Prestiti di cui il Cedente/Assicurato è titolare, l'Indennizzo massimo pagabile dall'Assicuratore è pari a € 75.000,00.

L'Assicuratore esegue il pagamento il 30° giorno del mese successivo al ricevimento della documentazione completa di cui all'Art. 10 – DENUNCIA DEL SINISTRO; trascorso tale periodo sono dovuti gli interessi di mora, calcolati secondo i criteri della capitalizzazione semplice al tasso legale in vigore.

ART. 13 – BENEFICIARIO

Il Beneficiario delle prestazioni assicurate è il Contraente, che metterà l'importo incassato a decurtazione dei propri crediti verso il Cedente/Assicurato derivanti dal Prestito rimborsabile mediante cessione del quinto della pensione.

Il Contraente potrà cedere a terzi i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione, così come potrà vincolare a favore di terzi tali diritti.

Il Contraente si riserva il diritto di indicare un diverso Beneficiario con comunicazione scritta all'Assicuratore.

Nel caso di cessione, ai sensi della Legge n. 130/1999, da parte del Contraente di crediti derivanti dai finanziamenti ed assistiti dal Contratto di Assicurazione, il Contraente indicherà all'Assicuratore il cessionario dei rispettivi crediti ceduti quale nuovo Beneficiario, inviando all'Assicuratore una comunicazione preventiva ("Comunicazione Preventiva") al perfezionamento della cessione, e successivamente l'elenco dei crediti ceduti oggetto del Contratto di Assicurazione.

ART. 14 – RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

- Ufficio Reclami
- Harmonie Mutuelle Italia
- Fax: 02 99 37 10 44
- [E-mail: ufficioreclami@harmoniemutuelleitalia.it](mailto:ufficioreclami@harmoniemutuelleitalia.it)

La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami di Harmonie Mutuelle Italia con sede in Via Papa Leone XIII, 14 – 20145 Milano.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS con una delle seguenti modalità:

- Via posta ordinaria all'indirizzo Via del Quirinale 21, 00187 Roma;
- Via fax 06 42133206;
- Via Pec all'indirizzo tutela.consumatore@pec.ivass.it;

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Assicuratore.

Il reclamo andrà presentato utilizzando il modello predisposto dall'IVASS e reperibile sul sito www.ivass.it - Guida ai reclami; su tale sito sarà possibile reperire ulteriori notizie in merito alle modalità di ricorso ed alle competenze dell'ente di controllo. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.

In caso di controversia con un'impresa d'assicurazione avente sede in uno Stato membro dell'Unione Europea diverso dall'Italia, l'interessato può presentare reclamo all'IVASS con la richiesta di attivazione della procedura FIN-NET o presentarlo direttamente al sistema estero competente, attivando tale procedura accessibile dal sito internet www.lvass.it. Segnaliamo inoltre che, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, l'interessato potrà avvalersi del seguente sistema alternativo di risoluzione delle controversie:

Mediazione per la conciliazione delle controversie

In caso di controversia in materia di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria o in materia di contratti assicurativi, bancari o finanziari, qualora s'intenda intraprendere un'azione giudiziale, dovrà essere previamente esperita la procedura di mediazione prevista dal d.lgs. n. 28/2010 e successive modificazioni ed integrazioni. La mediazione non è obbligatoria negli altri casi e per le controversie relative al risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione dei veicoli.

Tale procedimento si svolge presso un organismo iscritto nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia, il cui elenco nonché il procedimento sono consultabili sul sito www.giustizia.it.

La mediazione si introduce con una domanda all'organismo nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia contenente l'indicazione dell'organismo investito, delle parti, dell'oggetto della pretesa e delle relative ragioni.

Le parti devono partecipare alla procedura di mediazione, già dal primo incontro, con l'assistenza di un avvocato.

E' fatta salva la possibilità di adire l'Autorità Giudiziaria. Si ricorda che i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria non rientrano nella competenza dell'IVASS.

Maggiori informazioni riguardanti la trasmissione di un reclamo possono essere reperite direttamente sul sito dell'IVASS (www.ivass.it) nella sezione rubricata "Per il consumatore".

ART. 15 – MODIFICA DELLE CONDIZIONI

Eventuali modifiche alle presenti Condizioni di Assicurazione dovranno essere accettate da entrambe le Parti e formalizzate a mezzo di apposite Appendici.

ART. 16 – FORO COMPETENTE E LEGGE APPLICABILE

Per le controversie relative alla presente Convenzione, il Foro competente è quello del luogo di residenza o sede del Contraente.

Il presente Contratto di Assicurazione è disciplinato dalla legge italiana.

ART. 17 – INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

Al Contraente verrà tempestivamente inviata comunicazione delle eventuali variazioni (anche normative), intervenute rispetto alle informazioni contenute nelle presenti Condizioni di Assicurazione, che possano avere rilevanza per il Contratto sottoscritto.

ART. 18 – CONFLITTO DI INTERESSI

Nell'attività di collocamento e gestione della presente Assicurazione, l'Assicuratore s'impegna a non effettuare operazioni in relazione alle quali essa stessa si trovi in una posizione di conflitto d'interesse diretto o indiretto, anche derivante da rapporto di gruppo o da rapporti d'affari propri o di società del gruppo.

Nonostante l'assenza di situazioni di conflitto alla data di redazione della presente Convenzione, l'Assicuratore s'impegna, ove si presentassero inevitabili situazioni di conflitto, ad operare in modo da non arrecare pregiudizio agli interessi del Contraente e del Cedente/Assicurato e ad ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

In esecuzione dell'articolo 55 comma 2 del Regolamento IVASS n. 40/2018, il Beneficiario dell'Assicurazione non figura in alcun modo quale distributore e non percepisce alcuna remunerazione.

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Art.13 e 14 Regolamento UE 2016/679)

A far corso dal 25 Maggio 2018 è applicabile il Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali. La nostra Società, in qualità di Titolare del trattamento, come prescritto dalla normativa europea per la tutela dei dati personali (Regolamento Europeo 679/2016), desidera informarvi che, al fine di fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti, i dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

1. Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento, ovvero il soggetto cui spettano le decisioni riguardo alle finalità, modalità e sicurezza dei dati personali, è Harmonie Mutuelle, stabilimento italiano, Via Papa Leone XIII 14, 20145 Milano, tel. 02.99371043, fax 02.99371044, e.mail: privacy@harmoniemutuelleitalia.it

2. Responsabile per la protezione dei dati personali

Il Responsabile per la protezione dei dati, altresì noto con l'acronimo DPO, sorveglia il rispetto della normativa in materia di dati personali e coopera con l'autorità di controllo (il Garante per la Protezione dei Dati Personali). Il nostro responsabile per la protezione dei dati personali è raggiungibile:

- per email all'indirizzo dpo@harmoniemutuelleitalia.it;
- per posta cartacea all'indirizzo Harmonie Mutuelle Italia, Att.ne Responsabile della Protezione dei Dati, Via Papa Leone XIII, 14 - 20145 Milano;

fisicamente, previo appuntamento, presso gli uffici in Via Papa Leone XIII, 14 - 20145 Milano.

3. Finalità e basi giuridiche del trattamento.

I dati personali che lei ci fornirà e che saranno raccolti nel corso dell'erogazione dei servizi da lei richiesti saranno trattati per le finalità e secondo le basi giuridiche appresso indicate:

FINALITÀ <i>(Perché trattiamo i suoi dati)</i>	BASE GIURIDICA <i>(Sulla base di quale disposizione di legge li trattiamo.)</i>	CONSEGUENZE IN CASO DI RIFIUTO AL TRATTAMENTO <i>(Cosa accade se lei rifiuta di conferire i dati personali e/o di autorizzare il trattamento)</i>
Ai fini della valutazione della sussistenza dei presupposti per la copertura del rischio, nonché- in caso affermativo- per la gestione ed esecuzione del contratto assicurativo.	1) Riguardo ai dati riconducibili alle "categorie particolari" di cui all'art. 9 del GDPR (es. dati relativi al Suo stato di salute), la base giuridica del trattamento è quella di cui all'art. 9 par. 2 lett. a) " <i>L'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per le finalità specifiche indicate a lato</i> ". 2) Limitatamente agli ulteriori dati personali, diversi da quelli di cui al precedente punto n. 1), la base giuridica del trattamento è quella di cui all' art. 6 par.1 lett. b) " <i>il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte</i> ".	Per quanto riguarda il trattamento dei dati appartenenti alle "categorie particolari" di cui all'art. 9, occorre l'esplicito consenso dell'assicurato; al contrario, per il trattamento dei dati non appartenenti alle "categorie particolari", non occorre il consenso dell'interessato, essendo tale trattamento necessario alla conclusione di un contratto per la prestazione di un servizio richiesto dall'interessato stesso. Il conferimento dei dati personali da parte dell'interessato è libero, ma l'eventuale rifiuto a fornirli potrebbe pregiudicare la possibilità di concludere il contratto di assicurazione e/o dare corso alle prestazioni ivi previste.

FINALITÀ <i>(Perché trattiamo i suoi dati)</i>	BASE GIURIDICA <i>(Sulla base di quale disposizione di legge li trattiamo.)</i>	CONSEGUENZE IN CASO DI RIFIUTO AL TRATTAMENTO <i>(Cosa accade se lei rifiuta di conferire i dati personali e/o di autorizzare il trattamento)</i>
Per svolgere gli adempimenti amministrativi, contabili, fiscali, antiriciclaggio relativi alle prestazioni di cui alla superiore finalità.	art. 6 par.1 lett. c) "il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento".	Non occorre il consenso, tuttavia se l'interessato rifiuta di conferire i suoi dati personali, essendo tali adempimenti necessari per legge, non sarà possibile dare esecuzione al contratto sottoscritto a suo favore.
Per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, promozione e vendita di servizi e/o prodotti svolte per posta o telefono, con sistemi anche automatizzati, e-mail, fax, messaggi preregistrati e SMS, ed analisi dei prodotti e servizi richiesti.	Art. 6 par. 1 lett.f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nel miglioramento dei servizi e nella promozione dei propri servizi".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.
Per la gestione di eventuali reclami.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nella gestione della Procedura per la gestione dei reclami".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.
Per la prevenzione delle frodi.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nel prevenire frodi assicurative".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.

4. Destinatari e categorie di dati trattati.

I dati personali acquisiti alla sottoscrizione del contratto e nel corso della prestazione saranno trattati esclusivamente da personale all'uopo autorizzato da responsabili del trattamento all'uopo designati. Per la gestione di alcuni contratti, Harmonie Mutuelle, oltre che ai propri collaboratori, può affidarsi a collaboratori esterni e a società partner nonché a strutture sanitarie e professionisti del settore convenzionati e ripartiti su tutto il territorio italiano.

Oltre ai soggetti legittimati per legge, i dati personali dell'assicurato potranno essere comunicati esclusivamente a quei soggetti cui l'assicurato stesso ci autorizza. In particolare, per le finalità sotto espresse vengono effettuate le seguenti comunicazioni.

FINALITÀ	CATEGORIA DI DATI	DESTINATARI
Per lo svolgimento di attività connesse alla erogazione dei servizi oggetto del contratto.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Medici legali, Consulenti Medici.
Per adempimenti connessi al rapporto assicurativo.	Identificativi, dati contrattuali.	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.

Harmonie Mutuelle sede italiana

Via Papa Leone XIII, 14 – 20145 Milano

Tel.: 0299371043 – Fax: 0299371044

e-mail: info@harmoniemutuelleitalia.it

P. IVA e Registro delle Imprese di Milano al n. 08186860964

REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N. iscrizione IVASS I.00114

FINALITÀ	CATEGORIA DI DATI	DESTINATARI
Per la prevenzione di frodi o per la gestione di contenziosi.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Legali, investigatori e periti.
Per adempimenti connessi al rapporto assicurativo.	Identificativi, dati contrattuali.	Società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo.
Per soddisfare obblighi di legge.	Identificativi, dati contrattuali.	IVASS ed altre pubbliche amministrazioni, in particolare Agenzia delle Entrate.

5. Trasferimento all'estero

I dati personali dell'assicurato non sono trasferiti al di fuori dell'Unione Europea.

6. Periodo di conservazione dei dati personali e criteri utilizzati

I dati personali oggetto di trattamento sono raccolti in documenti la cui conservazione è stabilita coerentemente alle finalità di trattamento come sotto riepilogato.

CATEGORIE DI DOCUMENTI	CRITERI PER DETERMINARE LA DURATA DELLA CONSERVAZIONE
Documentazione contrattuale.	Sarà conservata per 10 anni a decorrere dalla data di cessazione del contratto, salvo proroghe dovute ad esempio all'esercizio del diritto di limitazione ovvero per contenziosi in corso.
Documentazione contabile e fiscale ed amministrativa.	Sarà conservata per 10 anni a decorrere dalla data di emissione del documento, salvo proroghe dovute per esempio a contenziosi in corso o proroghe dei termini di accertamento.

7. Diritti dell'interessato.

Il Regolamento riconosce all'assicurato i seguenti diritti che lei può esercitare nei confronti di e contro ciascun Titolare.

Un estratto completo degli articoli di legge è riportato di seguito.

Diritto di accesso: L'art.15 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento dati che la riguarda ed in tal caso di ottenere l'accesso a tali dati.

Diritto di rettifica: L'art. 16 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano senza ingiustificato ritardo. Tenuto conto delle finalità del trattamento, l'interessato ha il diritto di ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa.

Diritto di cancellazione: L'art. 17 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che la riguardano senza ingiustificato ritardo se sussiste uno dei motivi previsti dalla norma.

Diritto di limitazione: L'art. 18 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dalla norma.

Diritto di opposizione: L'art. 21 del Regolamento Europeo le consente di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che la riguardano ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettere e) o f), compresa la profilazione sulla base di tali disposizioni.

Diritto alla portabilità: L'art. 20 del Regolamento Europeo le consente di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che la riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti secondo le condizioni previste dalla norma.

Diritto di revoca del consenso: L'art. 7 del Regolamento Europeo le consente di revocare il consenso da lei prestato in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

Diritto di reclamo: L'art. 77 del Regolamento Europeo, qualora lei ritenga che il trattamento che la riguarda violi il regolamento, le riconosce il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui lei risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione.

8. Ulteriori informazioni

Un estratto completo degli articoli di legge sopra richiamati è disponibile presso l'Ufficio del DPO.

Tale ufficio potrà fornirle tutte le spiegazioni di cui lei avesse bisogno riguardo l'esercizio dei suoi diritti; le richieste possono essere inoltrate per iscritto, corredate da un documento valido di riconoscimento, presso Harmonie Mutuelle, all'attenzione dell'Ufficio del DPO.

9. Collaborazione

La protezione dei dati che riguardano l'assicurato e il rispetto dei principi previsti dalla normativa, con particolare riferimento al principio di trasparenza, sono per noi valori di primaria importanza; le saremo grati se vorrà aiutarci segnalandoci eventuali incomprensioni del presente documento ovvero suggerendoci miglioramenti presso i riferimenti del titolare come sopra indicato.

SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI

**Assicurazione Temporanea Caso Morte connessa a prestiti
rimborsabili mediante cessione del quinto della pensione.
stipulata da SIGLA S.r.l. con HARMONIE MUTUELLE ITALIA**

Il presente documento dovrà essere compilato accuratamente evitando macchie o cancellature, un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida.

DATI DEL CEDENTE/ASSICURATO

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

CAP _____ Comune _____ Prov/Nazione _____

Documento d'identità (tipo, numero, data e luogo di emissione) _____

Recapito Telefonico del Cedente _____

Recapito Telefonico di un familiare (indicare il grado di parentela) _____

Ente Pensionistico _____

Con sede in _____

DATI SUL PRESTITO

Pratica N° _____ Durata mesi _____ Decorrenza _____ Scadenza _____ TAN _____

Rata mensile Euro _____ Montante Lordo (uguale alla somma delle rate) Euro _____

Rinnovo dell'operazione di Cessione SI NO

CONTRAENTE E BENEFICIARIO

CONTRAENTE: _____

BENEFICIARIO (se diverso dal Contraente): _____

DICHIARAZIONE DEL CEDENTE/ASSICURATO

Il Sottoscritto, avendo chiesto al Contraente un prestito personale da estinguersi mediante cessione di quote della pensione ai sensi del DPR del 5.1.1950 n.180 e successive modifiche, ai sensi dell'artt.1269 e 1723 Il comma del Codice Civile, dopo aver ricevuto e preso visione delle Condizioni di Assicurazione:

- dà il proprio consenso al Contraente, anche ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile, a stipulare sulla propria vita le coperture assicurative previste nella Convenzione stipulata tra il Contraente e Harmonie Mutuelle Italia;
- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del rischio da parte di Harmonie Mutuelle Italia, sono veritiere, precise e complete;
- proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed enti che possano o potranno averlo curato o visitato e le altre persone alle quali Harmonie Mutuelle Italia riterrà opportuno rivolgersi per informazioni, nel limite consentito dalla legislazione italiana.

Data _____

Firma _____

AVVERTENZE

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Cedente/Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
- Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute del Cedente/Assicurato, che devono corrispondere a verità ed esattezza;
- prima della sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica, il Cedente/Assicurato è tenuto a verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese.
- Il Cedente/Assicurato può in ogni caso chiedere di essere sottoposto a visita medica, con evidenza del costo a suo carico.

DICHIARAZIONE DEL CEDENTE/ASSICURATO SULLA NON SUSSISTENZA DI UNO STATO DI INVALIDITA' E SULLA NON TITOLARITA' DI UNA PENSIONE DI INVALIDITA' O INABILITA'

Il sottoscritto Cedente/Assicurato dichiara di:

- NON** essere invalido, e di
- NON** essere titolare di una pensione di invalidità e/o inabilità, né di aver presentato domanda per ottenerla

Data _____

Firma _____

ASSUNZIONE DEL RISCHIO

L'Assicuratore valuta ed eventualmente assume il rischio con le seguenti modalità:

- in caso di operazione di CQP "senza rinnovo" con importo del Montante lordo inferiore o pari a € 40.000,00 (quarantamila) e con età del Cedente/Assicurato inferiore a 80 anni alla scadenza del Prestito
- in caso di Rinnovo dell'operazione di Cessione con importo del Montante lordo inferiore o pari a € 40.000,00 (quarantamila) indipendentemente dall'età del Cedente/Assicurato alla scadenza del Prestito

- l'Assicuratore raccoglie dal Cedente/Assicurato le informazioni sul suo stato di salute e sulle sue abitudini di vita mediante contatto telefonico. L'Assicuratore contatta il Cedente/Assicurato al seguente recapito telefonico, in un giorno feriale nella fascia oraria di seguito indicata come preferita:

NUMERO TELEFONICO: _____

FASCIA ORARIA PREFERITA: MATTINA POMERIGGIO/SERA INDIFFERENTE

- **In caso di operazione di CQP “senza rinnovo” o in caso di Rinnovo dell’operazione di Cessione con importo del Montante lordo superiore a € 40.000,00 (quarantamila), indipendentemente dall’età del Cedente/Assicurato alla scadenza del Prestito**
- **in caso di operazione di CQP “senza rinnovo” con Età del Cedente/Assicurato pari o superiore a 80 anni di età alla scadenza del Prestito, indipendentemente dall’importo del Montante lordo**
- **in caso di operazione di CQP “senza rinnovo” o in caso di Rinnovo dell’operazione di Cessione qualora il Cedente/Assicurato NON sottoscrive la “Dichiarazione del Cedente/Assicurato sulla non sussistenza di uno stato di invalidità e sulla non titolarità di una pensione di invalidità o inabilità”**
 - l’Assicuratore raccoglie dal Cedente/Assicurato le informazioni sul suo stato di salute e sulle sue abitudini di vita mediante la presentazione del Rapporto di Visita Medica compilato, datato e sottoscritto dal Cedente/Assicurato e dal Medico curante del Cedente/Assicurato stesso.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(Art.13 e 14 Regolamento (UE) 2016/679)

Io sottoscritto, dopo aver letto e compreso le finalità di trattamento dei dati da parte della Società Harmonie Mutuelle, in qualità di Titolare del trattamento, come indicato nelle Informazioni sul Trattamento dei dati personali, contenute nelle Condizioni di Assicurazione a me consegnate, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, in piena libertà, esprimo il consenso al trattamento dei dati particolari che mi riguardano, ivi compresi quelli da me conferiti in riferimento al mio stato di salute, sia nella presente Scheda che attraverso il contatto telefonico, apponendo il segno “X” nella casella affermativa (esempio ☒).

Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto legato al contratto di assicurazione.

FINALITÀ DI TRATTAMENTO		
Per finalità connesse all’esecuzione del contratto di assicurazione	<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO
Luogo e data _____		
Cedente/Assicurato [Nome e Cognome]	Firma	
_____	_____	

RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Nome e Cognome del Cedente/Assicurato _____

Data di nascita ____ / ____ / ____

Documento di riconoscimento _____ N. del documento _____

PARTE I: DICHIARAZIONI DEL CEDENTE/ASSICURATO RACCOLTE DAL MEDICO

1	<p>Nella Sua parentela consanguinea ci sono stati casi di malattie (tra quelle a lato indicate)?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>Grado di parentela (se vivente o non vivente), quali, a che età e motivo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><small>(casi di diabete, tumori maligni, malattie nervose e mentali, malattie cardiocircolatorie, ictus, malattie renali, sclerosi multipla, ipertensione, malattia di Parkinson, malattia di Alzheimer o malattie ereditarie)</small></p>												
2	<p>Ha effettuato negli ultimi 5 anni accertamenti diagnostici (tra quelli al lato indicati)?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ELETTROCARDIOGRAMMA</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ANALISI DELLE URINE</td> <td style="width: 34%;">Motivo, quando ed esito</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> RADIOGRAFIE</td> <td><input type="checkbox"/> FUNDUS OCULARE</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TAC, RM, EEG</td> <td><input type="checkbox"/> MARKERS DELL'EPATITE</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ESAMI DEL SANGUE</td> <td><input type="checkbox"/> ALTRI</td> <td>_____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ELETTROCARDIOGRAMMA	<input type="checkbox"/> ANALISI DELLE URINE	Motivo, quando ed esito	<input type="checkbox"/> RADIOGRAFIE	<input type="checkbox"/> FUNDUS OCULARE	_____	<input type="checkbox"/> TAC, RM, EEG	<input type="checkbox"/> MARKERS DELL'EPATITE	_____	<input type="checkbox"/> ESAMI DEL SANGUE	<input type="checkbox"/> ALTRI	_____
<input type="checkbox"/> ELETTROCARDIOGRAMMA	<input type="checkbox"/> ANALISI DELLE URINE	Motivo, quando ed esito													
<input type="checkbox"/> RADIOGRAFIE	<input type="checkbox"/> FUNDUS OCULARE	_____													
<input type="checkbox"/> TAC, RM, EEG	<input type="checkbox"/> MARKERS DELL'EPATITE	_____													
<input type="checkbox"/> ESAMI DEL SANGUE	<input type="checkbox"/> ALTRI	_____													
3	<p>È mai stato ricoverato in case di cura, ospedali, ecc. per malattie e/o interventi diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia emia inguinale?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>Motivo, luogo, data, durata ed eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>												
4	<p>Ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale o altri tipi di terapia oncologica?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>Motivo, data, parti del corpo interessate, periodi (dal/al), tipologia</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>												
5	<p>Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> DELLA VISTA</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> DEGLI ARTI</td> <td style="width: 34%;">Motivo, quali e da quando</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DELL'UDITO</td> <td><input type="checkbox"/> ALTRI</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>_____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> DELLA VISTA	<input type="checkbox"/> DEGLI ARTI	Motivo, quali e da quando	<input type="checkbox"/> DELL'UDITO	<input type="checkbox"/> ALTRI	_____			_____			_____
<input type="checkbox"/> DELLA VISTA	<input type="checkbox"/> DEGLI ARTI	Motivo, quali e da quando													
<input type="checkbox"/> DELL'UDITO	<input type="checkbox"/> ALTRI	_____													

6	<p>Ha subito traumi o lesioni accidentali?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> DEL CRANIO</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> DEGLI ARTI</td> <td style="width: 34%;">Motivo, quali, quando e postumi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DEGLI ORGANI DI SENSO</td> <td><input type="checkbox"/> DI ALTRESIEDI</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>_____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> DEL CRANIO	<input type="checkbox"/> DEGLI ARTI	Motivo, quali, quando e postumi	<input type="checkbox"/> DEGLI ORGANI DI SENSO	<input type="checkbox"/> DI ALTRESIEDI	_____			_____			_____
<input type="checkbox"/> DEL CRANIO	<input type="checkbox"/> DEGLI ARTI	Motivo, quali, quando e postumi													
<input type="checkbox"/> DEGLI ORGANI DI SENSO	<input type="checkbox"/> DI ALTRESIEDI	_____													



7	Fa uso o ha fatto uso di:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Quali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera _____ _____
	a) alcolici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	b) tabacco	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____

8	Fa uso di sostanze stupefacenti (droghe)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Quali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera _____ _____
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

9	Fruisce di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PER INFORTUNI SUL LAVORO <input type="checkbox"/> PER MALATTIE PROFESSIONALI <input type="checkbox"/> PER INFORTUNI DA ATTIVITÀ SPORTIVE <input type="checkbox"/> PER QUALSIASI TIPO DI MALATTIA	Da quando, grado di infermità, parte o organo leso _____ _____
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		

10	È stato riformato alla visita di leva?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Motivo _____ _____
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

11	Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato respiratorio?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> BRONCHITE <input type="checkbox"/> ENFISEMA <input type="checkbox"/> PLEURITE <input type="checkbox"/> BPCO	<input type="checkbox"/> TUBERCOLOSI <input type="checkbox"/> FIBROSIPOLMONARE <input type="checkbox"/> TUMORI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI	Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi _____ _____
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			

11	Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato cardiocircolatorio?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> INFARTO <input type="checkbox"/> ANGINA <input type="checkbox"/> IPERTENSIONE <input type="checkbox"/> VALVULOPATIE	<input type="checkbox"/> ARTEROPATIE <input type="checkbox"/> VARICIDEGLIARTI INFERIORI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI	Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi _____ _____
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			

11	Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato digerente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> GASTRODUODENITE <input type="checkbox"/> ULCERA GASTRODUODENALE <input type="checkbox"/> COLITE ULCEROSA <input type="checkbox"/> EPATITE	<input type="checkbox"/> CIRROSI EPATICA <input type="checkbox"/> CALCOLOSIBILIARE <input type="checkbox"/> TUMORI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI	Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi _____ _____ Ulteriori specifiche (es: localizzazione tumore o tipologia epatite): _____ _____
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			



11_d Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato genitourinario?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NEFRITE	<input type="checkbox"/> TUMORI	Motivo, quali e da quando _____ _____ _____
			<input type="checkbox"/> CALCOLOSI	<input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI	

11_e Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato muscoloscheletrico?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ARTRITE	<input type="checkbox"/> TUMORI	Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi _____ _____ _____
			<input type="checkbox"/> ARTRITE REUMATOIDE	<input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI	
			<input type="checkbox"/> ARTROSI		

11_f Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi del sistema nervoso o della psiche?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> EPILESSIA	<input type="checkbox"/> ANSIA	Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi _____ _____ _____	
			<input type="checkbox"/> NEVROSI	<input type="checkbox"/> DEPRESSIONE		
			<input type="checkbox"/> PARALISI	<input type="checkbox"/> DISTURBI DELLA PERSONALITÀ		<input type="checkbox"/> MALATTIA DI PARKINSON
			<input type="checkbox"/> TUMORI			<input type="checkbox"/> MALATTIA DI ALZHEIMER
				<input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI		

11_g Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato endocrino-metabolico?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> DIABETE	<input type="checkbox"/> MALATTIE SURRENALI	Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi _____ _____ _____
			<input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIE	<input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI	
			<input type="checkbox"/> MALATTIE DELLA TIROIDE		

11_h Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi del sangue?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ANEMIA	<input type="checkbox"/> EMOFILIA	Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi _____ _____ _____
			<input type="checkbox"/> LEUCEMIA	<input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI	

12 Per assicurandi di sesso femminile: a) ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali? b) ha malattie della mammella? c) è incinta?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Quali, periodo (dal/al), motivo, trattamento e postumi _____ _____ _____ (mese di gravidanza e andamento) _____		
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			

13 Chi è il Suo Medico di base?	Generalità _____
	Indirizzo _____



14 Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbricola, diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Motivo, data, quali, trattamento e postumi _____ _____ _____
---	---	---

15 È mai stato sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie con emoderivati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Motivo e data _____ _____
--	---	---------------------------------

16 Ha in previsione degli esami medici o un ricovero ospedaliero?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Motivo e data _____ _____
--	---	---------------------------------

17 Fa uso o ha fatto uso abituale di farmaci?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Motivo, periodo (dal/al), dosi e tipologia _____ _____ _____
--	---	---

18 Si è sottoposto ad un test anti-HIV?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data ed esito _____
--	---	------------------------

19 È stato affetto da una delle seguenti malattie: malattie infettive (scarlattina, difterite, tifo meningite, ecc.), setticemia, disturbi immunologici, infezioni da HIV o malattie tropicali (malaria, ecc.)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali, data, motivo, e postumi _____ _____ _____
--	---	---

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le dichiarazioni e le risposte da me fornite alle domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e di non aver sottaciuto, omesso o alterato alcuna circostanza relativamente alle risposte fornite. Prosciolgo dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possano avermi curato o visitato e le altre persone alle quali l'Assicuratore ritenesse opportuno rivolgersi per informazioni.

Ho letto e approvo quanto sopra.

Luogo e data

_____ / _____ / _____

Firma del Cedente/Assicurato

PARTE II: ESAME OBIETTIVO

1	<p>MISURAZIONE PESO / ALTEZZA _____</p> <p>_____</p> <p>MISURAZIONE PRESSIONE ARTERIOSA (SISTOLICA / DIASTOLICA) _____</p> <p>_____</p>	
2	<p>CUTE E MUCOSE VISIBILI</p> <p style="text-align: center;">È normale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
3	<p>Per le donne: GHIANDOLE MAMMARIE</p> <p style="text-align: center;">È normale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
4	<p>MASSE MUSCOLARI</p> <p style="text-align: center;">È normale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
5	<p>SISTEMA LINFONODALE SUPERFICIALE</p> <p style="text-align: center;">È normale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
6	<p>STATO DELLA TIROIDE</p> <p style="text-align: center;">È normale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
7	<p>APPARATO MUSCOLOSCHIELETRICO</p> <p style="text-align: center;">È normale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Conclusione diagnostica _____</p>	<p>Indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

8 APPARATO RESPIRATORIO	È normale?		indicare i motivi solo se la risposta è "NO"	
	- vie aeree superiori	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
	- voce	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
	- ispezione, palpazione, percussione ed auscultazione del torace	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
	Conclusione diagnostica			_____

9 APPARATO CARDIOVASCOLARE	È normale?		indicare i motivi solo se la risposta è "NO"	
	- Ispezione, palpazione, percussione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
	- auscultazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
	- arterie (in particolare polsi periferici)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
	- vene (varici, emorroidi, ecc.)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
Conclusione diagnostica			_____	

10 BOCCA E APPARATO DIGERENTE	È normale?		indicare i motivi solo se la risposta è "NO"	
	- bocca	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
	- addome (ispezione e palpazione)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
	- fegato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
	- milza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
Conclusione diagnostica			_____	

11 APPARATO GENITOURINARIO	È normale?		indicare i motivi solo se la risposta è "NO"
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Conclusione diagnostica			_____

12	SISTEMA NERVOSO E ORGANI DI SENSO:	È normale?	indicare i motivi solo se la risposta è "NO"
	• condizioni psichiche	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
	• motilità	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
	• sensibilità e riflessi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
	• udito	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
	• olfatto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
Conclusione diagnostica			_____

13	ANALISI DELLE URINE	È normale?	indicare i motivi solo se la risposta è "NO"
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____

CONCLUSIONI DIAGNOSI	_____

GIUDIZIO DIAGNOSTICO SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO	<input type="checkbox"/> BUONO	<input type="checkbox"/> MEDIOCRE	<input type="checkbox"/> NON BUONO
--	--------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

Per l'esatta valutazione del rischio occorrerebbero ulteriori esami?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali e motivi

Eventuali osservazioni ed informazioni complementari

COGNOME E NOME DEL MEDICO _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO DELLO STUDIO MEDICO _____

COMUNE _____

RECAPITO TELEFONICO _____

Data e ora i cui è stata eseguita la visita
____ / ____ / ____

Firma e timbro del Medico
