

---

## **ALLEGATO 2**

---

**MODULO PER LE DICHIARAZIONI DEL DEBITORE CEDENTE E RELATIVI ALLEGATI**

## MODULO PER LE DICHIARAZIONI DEL DEBITORE CEDENTE

### Contratto assicurativo “Quinto Sicuro”

Il presente Modulo contiene le dichiarazioni del Debitore Cedente, incluso il suo consenso alla stipula, da parte del Contraente (ente erogatore), di una copertura assicurativa contro il rischio di decesso del Debitore Cedente, così come previsto dal D.P.R. n. 180/1950 ss.mm.ii., che prevede altresì che Beneficiario di tale Assicurazione sia il Contraente stesso o la persona giuridica, da quest'ultimo eventualmente indicata. Il Debitore Assicurato, pertanto, è un mero portatore del rischio assicurato, terzo rispetto a tale copertura. Nel Modulo viene richiesto al Debitore Cedente di rilasciare una serie di dichiarazioni relativamente al proprio stato di salute. **Tali dichiarazioni devono essere in maniera esatta e completa: la legge prevede infatti che le eventuali dichiarazioni false o reticenti che influiscano sulle circostanze del rischio possano comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.**

Il sottoscritto DEBITORE CEDENTE:

Nome e cognome _____		Data di nascita _____	
Codice Fiscale _____	Sesso ____	Luogo di Nascita _____	
Indirizzo Resid.: _____ n° ____		Città _____	Prov. ____ CAP _____
Tipo documento* ____ Numero _____		Rilasciato da _____	
Data rilascio _____		Luogo Rilascio _____	
FINANZIAMENTO - Ente erogatore: <b>Banca di Sconto SpA</b>		Numero Finanziamento _____	
Durata (mesi) _____ Montante € _____		Quota mensile del Finanziamento _____	

(\*) 01=carta d'identità; 02=patente di guida; 03=passaporto

#### DICHIARA

- di essere consapevole che il Contraente intende sottoscrivere il Contratto di assicurazione “Quinto Sicuro” emesso da Elips Life Ltd, a copertura del rischio di decesso del Debitore Cedente e che il Beneficiario della suddetta Assicurazione sarà il Contraente o la persona giuridica, da quest'ultimo eventualmente indicata;
- di prestare il proprio consenso ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 del Codice Civile, alla stipulazione della suddetta Assicurazione per il rischio di decesso riferito alla propria persona;
- di essere a conoscenza del proprio diritto di ricevere gratuitamente, previa richiesta, una copia del Set informativo relativo all'Assicurazione;
- di essere consapevole che l'Assicurazione, o i diritti da essa derivanti, potranno essere ceduti o trasferiti a terzi esclusivamente dal Contraente e solo in relazione ad eventuali operazioni di cartolarizzazione o cessione del credito del Finanziamento e solo in favore del soggetto cessionario, ai sensi delle Condizioni di assicurazione;
- di fornire, in occasione della sottoscrizione del presente Modulo, ovvero su separati appositi moduli, le informazioni esatte e complete di carattere sanitario richieste dall'Assicuratore, indispensabili alla preventiva valutazione del rischio;
- di conservare copia della documentazione di carattere sanitario sottoscritta e di essere consapevole che tale documentazione rimane valida per 90 (novanta giorni) e pertanto, nel caso in cui la Polizza non venisse emessa entro tale termine, il Debitore Cedente sarà tenuto a ripetere le formalità sanitarie di ammissione all'Assicurazione, anche se non fossero intervenuti cambiamenti del proprio stato di salute;
- di essere consapevole che la sottoscrizione del presente Modulo ed il rilascio delle dichiarazioni ivi contenute non costituiscono ne implicano la sottoscrizione, per il Debitore Cedente, di alcun contratto di assicurazione e che, pertanto, dalla Polizza stipulata dal Contraente non derivano obblighi o diritti in capo al medesimo Debitore Cedente.

Firma del Debitore Cedente (leggibile) \_\_\_\_\_

#### Consenso al trattamento dei dati sensibili – da compilare a cura del Debitore Cedente

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa Privacy di Elips Life Ltd allegata al Set Informativo e comunque allegata alla presente, di cui al Regolamento UE n. 2016/679 (“GDPR”) e delle ulteriori norme applicabili (tra cui il Decreto Legislativo 196/2003, come modificato dal Decreto Legislativo 101/2018) presta il consenso al trattamento dei dati particolari per le finalità ivi descritte, da parte del Titolare e degli altri soggetti indicati nell'Informativa (appartenenti alla c.d. Catena Assicurativa delle Compagnie che prestano le garanzie assicurative), funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice, nonché alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali.

**Avvertenza: l'acquisizione dei dati personali, comuni e particolari, è necessaria ad Elips Life Ltd per adempiere alle finalità descritte nell'Informativa Privacy. L'eventuale suo rifiuto a fornire le informazioni richieste e/o il mancato consenso al loro trattamento comporta l'impossibilità di procedere alla liquidazione di un eventuale sinistro.**

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma del Debitore Cedente (leggibile) \_\_\_\_\_

## Dichiarazione di Buono Stato di Salute del Debitore Cedente

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Data di Nascita: \_\_\_\_\_



## Dichiarazione di Buono Stato di Salute del Debitore Cedente

Agli effetti della validità della Polizza, il sottoscritto **DICHIARA** sotto la propria responsabilità di essere in buona salute, ed in particolare:

(si prega di contrassegnare le risposte **annerendo completamente** le rispettive caselle)

SI NO

1. Di avere una **differenza tra la propria altezza** (espressa in cm) **ed il proprio peso** (espresso in Kg) compresa tra 85 e 110 (es. 175 – 70 = 105)

2. Di avere riconosciuta da una compagnia di assicurazione o dall'INPS una **invalidità permanente** totale (superiore al 66%) oppure di percepire **pensione o assegno di invalidità** per infortunio o malattia o di aver presentato domanda per ottenerla (in caso di risposta affermativa è necessario inviare alla compagnia il relativo verbale di invalidità con grado e diagnosi)

Dichiara di **aver avuto**, negli ultimi 10 anni, una diagnosi, cure continuative, trattamenti, interventi chirurgici, essere stato/a ricoverato/a o di essere in attesa di ricovero e/o intervento chirurgico o aver assunto farmaci (ad esclusione dei farmaci assunti per l'ipertensione o controllo del colesterolo) in merito a:

3. **Malattie cardio-vascolari** quali: infarto del miocardio, ischemia coronarica, patologie delle valvole cardiache, aritmie cardiache, trattamento anticoagulante orale, portatore di defibrillatore impiantabile, scompenso cardiaco cronico, aneurismi arteriosi (dell'aorta o di altre arterie periferiche), tromboembolia polmonare, l'ipertensione arteriosa grave non controllata dalla terapia o che abbia causato danni ad organi e/o apparati

4. **Malattie cerebrovascolari**, inclusi ictus e attacco ischemico transitorio, aneurismi dei vasi cerebrali

5. **Malattie oncologiche**: cancro, neoplasie maligne, incluso il tumore alla pelle (melanoma), leucemie e linfomi

6. **Malattie del sistema nervoso**: morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, paresi/plegia, distrofia muscolare, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica e altre patologie neurodegenerative

7. **Malattie respiratorie gravi**: enfisema, bronchite cronica ostruttiva (BPCO), asma che abbiano reso necessario un ricovero ospedaliero, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria cronica, tubercolosi

8. **Altre patologie**: diabete, gotta, disturbi ormonali (tiroide, ghiandola surrenale), anemia, alterazione della coagulazione, AIDS, insufficienza renale cronica, artrite reumatoide, cirrosi epatiche

9. **Ai soli fini statistici**: ha completato il ciclo vaccinale anti COVID?

**DICHIARA** inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, gli ospedali e gli istituti di cura in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino; di essere consapevole di dovere dare sollecita comunicazione a, per il tramite del Contraente, di eventuali nuovi fattori inerenti il proprio stato di salute intervenuti tra la data di sottoscrizione del presente Modulo e la data di erogazione del Finanziamento, al fine di consentire all'Assicuratore la corretta valutazione del rischio assicurato.

**DATI DEL MEDICO CURANTE:** Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo dello Studio \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA** Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto Debitore Cedente possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi degli artt. 1892 e 1983 del Codice Civile. Prima della sottoscrizione, il Debitore Cedente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate. (Il Debitore Cedente ha il diritto di non sottoscrivere la presente Dichiarazione di Buono Stato di Salute e di produrre il Questionario Medico o di sottoporsi a visita medica per certificare il proprio stato di salute. Il costo della visita medica è a carico del Debitore Cedente).

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma del Debitore Cedente (leggibile) \_\_\_\_\_

## Informativa Privacy

Ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 ("GDPR") e ulteriori norme applicabili (D.Lgs 196/2003, modificato dal D.Lgs 101/2018), il titolare del trattamento è Elips Life, con sede legale in Gewerbeweg 15, 9490 Vaduz (Liechtenstein) e sede secondaria italiana in via San Prospero 1, 20121 Milano, e-mail [compliance@elipslife.com](mailto:compliance@elipslife.com), fax 02 9475 8599, Ltd sito internet [www.elipslife.com](http://www.elipslife.com).

Il Titolare" o anche "Assicuratore informa ciascuna persona fisica cui si riferiscono i dati trattati ("Interessato") circa le modalità e finalità del trattamento a seguito di stipula e/o esecuzione del contratto di assicurazione ("Assicurazione") e/o di denuncia sinistro/liquidazione. L'informativa completa è pubblicata in versione integrale sul sito internet.

Il Titolare può richiedere sia dati comuni che categorie particolari di dati personali ex art. 9 GDPR, oltre a: nominativo, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale, recapiti telefonici o telematici (email), che vengono raccolti direttamente dall'Assicuratore, tramite il contraente, o altri soggetti del rapporto assicurativo nonché dall'Interessato o dai familiari o aventi causa in fase di denuncia e/o liquidazione del sinistro.

**Finalità del trattamento dei Dati e natura del conferimento:** offerta, conclusione ed esecuzione dell'Assicurazione, pagamento dei premi, gestione e liquidazione dei sinistri; redistribuzione del Rischio in riassicurazione o coassicurazione, prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative e relative azioni legali, obblighi di legge, regolamenti, normativa comunitaria, disposizioni impartite dalle competenti Autorità o da organi di vigilanza e controllo, attivazione della copertura assicurativa (per accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato).

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio ai fini dell'esecuzione dell'Assicurazione, in quanto necessario per procedere alla stipula dell'Assicurazione, alla sua gestione e all'eventuale liquidazione dei sinistri denunciati, pena l'impossibilità di procedere alla conclusione e/o esecuzione dell'Assicurazione e/o all'assunzione in copertura dell'Assicurato e/o alla liquidazione del sinistro.

**Modalità del trattamento:** I dati sono trattati mediante supporti manuali, informatici e telematici, nel rispetto delle misure di sicurezza necessarie ad impedirne l'accesso non autorizzato, la perdita o distruzione anche accidentale e in generale il trattamento illecito, in conformità alle norme vigenti. Sono operazioni di trattamento a titolo esemplificativo e non esaustivo, raccolta, registrazione, organizzazione, elaborazione, conservazione, comunicazione cancellazione e distruzione dei dati.

**Comunicazione dei dati, responsabili del trattamento o soggetti autorizzati (art. 29 GDPR):** I dati dell'Interessato possono essere comunicati ai seguenti soggetti terzi, in qualità di autonomi titolari del trattamento o responsabili designati: assicuratori, coassicuratori, riassicuratori e distributori, soggetti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, soggetti che svolgono attività connesse e strumentali, quali liquidatori, periti, organismi associativi e/o consortili propri del settore assicurativo (ANIA), altre società di Swiss Life International Holding AG (controllanti, controllate e collegate), soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge FMA, IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Anagrafe Tributaria, Magistratura, Forze dell'Ordine; quali responsabili o incaricati del trattamento, i dipendenti e/o collaboratori dell'Assicuratore nell'ambito delle rispettive mansioni. L'elenco completo e costantemente aggiornato di tutti i soggetti responsabili del trattamento a cui i dati sono comunicati può essere richiesto scrivendo alla Assicuratore ai recapiti sopra riportati I dati personali trattati non sono oggetto di diffusione.

**Trasferimento e conservazione dei dati:** I dati possono essere trasferiti e trattati all'estero, soltanto in Paesi dell'Unione europea e Spazio economico europeo, e/o Paesi che garantiscono un analogo e adeguato livello di protezione. Sono conservati per il periodo di durata della Assicurazione e, successivamente, per il tempo in cui il Titolare sia soggetto a obblighi di conservazione per finalità fiscali o altre finalità previste da norme di legge o regolamento, ed in ogni caso non oltre 10 anni dalla cessazione definitiva di ogni rapporto con l'interessato.

**Diritti dell'interessato:** conferma dell'esistenza di dati e loro comunicazione in forma intelligibile; indicazione dell'origine dei dati, finalità e modalità del trattamento, e logica applicata in caso di trattamento con l'ausilio di strumenti elettronici; indicazione dei titolari e dei responsabili del trattamento, nonché dei soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possano venirne a conoscenza; aggiornamento, rettificazione, integrazione, cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge, attestazione che tali operazioni siano state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccetto il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato; opposizione, in tutto o in parte al trattamento, per motivi legittimi, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

L'Interessato può esercitare i diritti sopra menzionati rivolgendosi a Elips Life Ltd sede secondaria italiana, via San Prospero 1, 20121 Milano, e-mail [compliance@elipslife.com](mailto:compliance@elipslife.com), o tramite raccomandata, e anche telefonicamente allo 02 8295 8903, chiedendo di essere messi in comunicazione con l'Ufficio Legale.

L'interessato ha anche diritto a presentare un reclamo direttamente all'Autorità Garante per la protezione dei dati, seguendo le istruzioni fornite sul sito web [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it), o contattando i seguenti recapiti: Garante per la protezione dei dati personali, Piazza di Monte Citorio 121, 00186 Roma; e-mail [garante@gpdp.it](mailto:garante@gpdp.it); PEC [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it); fax 06 696773785.