



Agenzia		Codice
Questionario N°	Ramo	Numero Polizza

## RACCOLTA DATI PER PROPOSTA Protezione Salute

Il presente stampato non costituisce documentazione contrattuale, ma solo uno strumento di raccolta dei dati sanitari dell'Assicurando  
La completa e precisa compilazione del presente modulo raccolta dati sanitari consentirà una corretta emissione e gestione della Sua polizza

Cognome e Nome	Data di nascita	Provincia di residenza	Sesso M/F	
----------------	-----------------	------------------------	-----------	--

### PRECEDENTI ASSICURATIVI

1. Ha o ha avuto polizze di assicurazione Infortuni o Malattie? ☐ NO ☐ SI

Se sì, indicare quali polizze e presso quali Compagnie .....

2. In passato Le sono state annullate per sinistro assicurazioni malattie o infortuni? ☐ NO ☐ SI

### ANAMNESI FISIOLOGICA

#### Costituzione - BMI (Body Mass Index - Indice di massa corporea)

- peso Kg. ....
- altezza cm. ....

### ANAMNESI PATOLOGICA

#### IPERTENSIONE ARTERIOSA (Segnare una sola casella)

3. Le è stata diagnosticata l'ipertensione?

☐ NO

041301 ☐ SI, senza complicanze anche con uso di farmaci

041302 ☐ SI, con complicanze (Altre patologie correlate/conseguenti ) o malignità (crisi ipertensive severe)

041303 ☐ SI, derivante da altra patologia (ipertensione secondaria)

#### DISLIPIDEMIA

4. Le è stata diagnosticata una **colesterolemia elevata**? (> 250 mg/dl) ☐ NO ☐ SI

5. Le è stata diagnosticata una **trigliceridemia elevata**? (> 250 mg/dl) ☐ NO ☐ SI

Data diagnosi

.....  
.....

#### INFORTUNI

6. Ha subito infortuni? ☐ NO ☐ SI

Se sì, sono residue sequele e/o postumi? ☐ NO ☐ SI

Se sì, compilare la/e tabella/e corrispondente/i al successivo punto 7)

7. Ha sofferto o soffre di malattie o patologie? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <b>Se si, compilare</b> la tabella sotto riportata per tutte le patologie sofferte indicando la data della diagnosi, l'eventuale intervento chirurgico ed allegando Eventuale documentazione medica.		
<b>APPARATO DIGERENTE</b> Bocca e gola..... Esofago..... Stomaco..... Fegato e vie biliari e pancreas..... Intestino (duodeno, digiuno, ileo, colon, sigma, retto, ano)..... Altro.....	<b>Data diagnosi</b> ..... ..... ..... ..... ..... .....	<b>Intervento chirurgico/Data</b> <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI.....
<b>APPARATO GENITO-URINARIO</b> Reni e ureteri..... Vescica e uretra..... Prostata..... Testicoli..... Mammelle..... Ovaie e tube (salpingi)..... Utero (corpo e collo) e vagina..... Genitali esterni..... Altro.....	<b>Data diagnosi</b> ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	<b>Intervento chirurgico/Data</b> <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI.....
<b>APPARATO RESPIRATORIO</b> Naso e cavità paranasali..... Laringe e corde vocali..... Bronchi..... Polmoni..... Pleure..... Altro.....	<b>Data diagnosi</b> ..... ..... ..... ..... ..... .....	<b>Intervento chirurgico/Data</b> <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI.....
<b>SISTEMA CIRCOLATORIO</b> Cuore..... Arterie..... Vene..... Altro.....	<b>Data diagnosi</b> ..... ..... ..... .....	<b>Intervento chirurgico/Data</b> <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI.....
<b>CUTE (Pelle) E TESSUTO SOTTOCUTANEO</b> ..... ..... .....	<b>Data diagnosi</b> ..... ..... .....	<b>Intervento chirurgico/Data</b> <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI.....
<b>MALATTIE ENDOCRINE E DEFICIENZE NUTRIZIONALI</b> Diabete mellito <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Tiroide..... Paratiroidi..... Ipofisi..... Ghiandole surrenali..... Altro.....	<b>Data diagnosi</b> ..... ..... ..... ..... .....	<b>Intervento chirurgico/Data</b> <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI.....

<b>MALATTIE METABOLICHE E DISTURBI IMMUNITARI</b> Deficit immunitari..... Altro.....	Data diagnosi ..... .....	Intervento chirurgico/Data <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI.....
<b>EPATITI ED MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE</b>  Nessuna epatite virale <input type="checkbox"/> Epatite virale: A/E <input type="checkbox"/> Epatite B acuta <input type="checkbox"/> - B cronica <input type="checkbox"/> - Menzione antigene Delta <input type="checkbox"/> Epatite virale C <input type="checkbox"/> Infezione da virus dell'immunodeficienza umana (infezione da HIV) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Conseguenze da altre malattie infettive e parassitarie <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI - Se si, indicare quali ..... .....		
<b>SISTEMA NERVOSO CENTRALE (SNC) E PERIFERICO (SNP)</b> Cervello e cervelletto..... Meningi..... Midollo spinale e Canale midollare..... Nervi..... Disturbi neuromuscolari..... Altro.....	Data diagnosi ..... ..... ..... ..... ..... .....	Intervento chirurgico/Data <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI.....
<b>OCCHIO E ANNESSI OCULARI</b> Occhio..... Altro.....	Data diagnosi ..... .....	Intervento chirurgico/Data <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI.....
<b>ORECCHIO E APOFISI MASTOIDEA</b> Orecchio..... Altro.....	Data diagnosi ..... .....	Intervento chirurgico/Data <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI.....
<b>SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO</b> Ossa..... Articolazioni..... Dischi intervertebrali..... Muscoli - Tendini..... Altro.....	Data diagnosi ..... ..... ..... ..... .....	Intervento chirurgico/Data <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI.....
<b>DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI</b> Diagnosi specifica..... Terapie in atto o pregresse..... ..... .....		
<b>MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI</b> Anemia..... Difetti della coagulazione..... Malattie della milza..... Malattie non-tumorali del midollo osseo..... Altro.....	Data diagnosi ..... ..... ..... ..... .....	Intervento chirurgico/Data <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI.....

<b>TUMORI</b>		<b>Data diagnosi</b>	<b>Intervento chirurgico/Data</b>
Benigni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se sì, indicare la sede anatomica ..... Maligni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se sì, indicare la sede anatomica ..... Altro .....		..... ..... .....	<input type="checkbox"/> SI ..... <input type="checkbox"/> SI ..... <input type="checkbox"/> SI .....
<b>MALFORMAZIONI CONGENITE ED ANOMALIE CROMOSOMICHE</b>		<b>Data diagnosi</b>	<b>Intervento chirurgico/Data</b>
Diagnosi specifica ..... Terapie in atto o pregresse ..... ..... Altro .....		..... ..... .....	<input type="checkbox"/> SI ..... <input type="checkbox"/> SI .....

**MEDICO CURANTE** (Parte da completare solo se il presente modulo raccolta dati è stato compilato dallo stesso medico curante)



## Informativa privacy per emissione proposta assicurativa Protezione Salute

Ultimo aggiornamento: luglio 2024



### Chi decide perché e come trattare i dati?

**AXA Assicurazioni S.p.A.**, con sede in Corso Como 17 - 20154 Milano (note societarie complete su [www.axa.it](http://www.axa.it)), e-mail: [privacy@axa.it](mailto:privacy@axa.it) (di seguito anche "AXA", il "Titolare" o la "Compagnia") è il **titolare del trattamento dei dati personali**, cioè delle informazioni a lei riferite (quali ad esempio i dati identificativi e di contatto, dati di salute). Qualora i dati forniti da lei o da terzi, o acquisiti consultando elenchi e registri legittimamente accessibili, si riferiscano a soggetti minori di età sui quali lei esercita la responsabilità genitoriale o la tutela legale, ovvero a familiari/congiunti per l'esecuzione di prestazioni assicurative (es. polizze collettive), le presenti informazioni e le dichiarazioni di volontà formulate rispetto alle richieste di consenso si intendono riferite anche ai trattamenti su questi dati.

### Quali sono i dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati – DPO

Il Responsabile della Protezione di Dati (DPO – data protection Officer) può essere contattato rivolgendosi ad AXA Assicurazioni S.p.A. - Corso Como 17 - c.a. Data Protection Officer - 20154 Milano (MI) - e-mail: [privacy@axa.it](mailto:privacy@axa.it).



### Quali sono i diritti dell'interessato e come possono essere esercitati?

Lei ha il diritto di accedere ai suoi dati personali, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento, richiedere la portabilità dei dati, revocare i consensi espressi e, per il processo di decisione automatizzata, ottenere l'intervento umano da parte del titolare del trattamento, esprimere la propria opinione e contestare la decisione, ottenere informazioni sui trasferimenti verso paesi che non fanno parte dell'Unione Europea e sul legittimo interesse di AXA.

Per l'**esercizio dei suoi diritti**, lei può rivolgersi ad AXA Assicurazioni S.p.A. - Corso Como 17 - c.a. Protection Officer - 20154 Milano (MI) - e-mail: [privacy@axa.it](mailto:privacy@axa.it).

Inoltre, Lei potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo in materia di protezione dei dati persona Italia il Garante per la protezione dei dati personali: Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma (+39) 06.696 [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it)



### Per quali scopi e su quali basi sono trattati i dati personali?

#### a) Finalità assicurativa

I dati personali anagrafici e di contatto sono trattati, con modalità manuali ed automatizzate, per gestire i servizi assicurativi e le attività correlate.

Il trattamento dei dati personali ha lo scopo di dare esecuzione al servizio di preventivazione ed acquisto di polizza richiesto. I dati raccolti potranno, inoltre, essere trattati per attività statistiche interne connesse alla fornitura del servizio erogato (finalità assicurativa). La base giuridica per il trattamento dei dati personali è l'esecuzione delle misure precontrattuali richieste dall'interessato.

Inoltre, il trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari (indicati anche come "dati sensibili"), quali i dati relativi allo stato di salute è necessario per dare esecuzione alle misure precontrattuali richieste. La base giuridica per il trattamento dei dati sensibili è il consenso esplicito dell'interessato.

Senza i dati personali ed il consenso esplicito all'uso dei dati sensibili non potrà essere fornito il servizio di preventivazione ed acquisto di polizza richiesto.



### A chi sono comunicati i dati?

I dati possono essere comunicati ad alcuni soggetti per i soli scopi sopra indicati:

- Dipendenti e collaboratori;
- Società terze che trattano i dati per conto del Titolare o come titolari autonomi (es. società partner, società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie e di informazione commerciale per rischi finanziari, Cassa Assistenza Assicurazioni AXA e società del Gruppo anche per anche per finalità amministrativo-contabili);
- Soggetti della cosiddetta "catena assicurativa", cioè soggetti che cooperano nella gestione dei rischi assicurativi, quali società del Gruppo, altri assicuratori, coassicuratori, contraente delle polizze, intermediari assicurativi, legali, periti, medici, enti pubblici o associazioni di categoria.

In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea (es. India, USA), sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa (es. per trasferimenti all'interno del Gruppo AXA sono applicate le cd. [BCR - Binding Corporate Rules](http://www.axa.it/privacy/ulteriore_documentazione_-_Binding_Corporate_Rules): [www.axa.it/privacy/ulteriore\\_documentazione\\_-\\_Binding\\_Corporate\\_Rules](http://www.axa.it/privacy/ulteriore_documentazione_-_Binding_Corporate_Rules)). Per maggiori informazioni sul trasferimento internazionale dei dati personali, è sempre possibile contattare il Titolare, c.a. Data Protection Officer (DPO), (si veda par. Quali sono i diritti dell'interessato e come possono essere esercitati?). **I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.**



### Da dove sono raccolti i dati trattati?

I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato.



### Per quanto tempo i dati vengono conservati?

I dati personali sono conservati per il tempo strettamente funzionale alla gestione della finalità assicurativa, fermo restando che decorsi 7 mesi dalla richiesta del servizio si procede alla cancellazione dei dati per i quali non sia necessaria la conservazione per obblighi di legge o per legittimo interesse del Titolare.

L'informativa completa è disponibile nelle Condizioni Generali di Polizza annesse alla presente nota informativa o sul sito [www.axa.it](http://www.axa.it). Altre informazioni sul trattamento dei dati personali sono disponibili nella sezione Privacy del sito web indicato.

## INFORMATIVA PRIVACY SULL'USO DEI DATI BIOMETRICI CONNESSI ALLA FIRMA GRAFOMETRICA

La informiamo, inoltre, circa le modalità di trattamento dei Suoi dati biometrici (nel seguito anche "Dati") connessi all'utilizzo del servizio "Firma Grafometrica" a cui potrà liberamente aderire.

Tale informativa integra l'informativa generale sul trattamento dei dati personali soprariportata.

I Dati da Lei gentilmente forniti saranno trattati da AXA Assicurazioni S.p.A. (nel seguito "AXA") mediante registrazione elettronica e verranno utilizzati secondo le finalità e con le modalità indicate nel documento che le spiega le caratteristiche del servizio (disponibile anche online nel sito di AXA) e, in particolare, per:

- Garantire o aumentare la sicurezza nei processi di sottoscrizione di documenti;
- Contribuire, attraverso le garanzie di autenticità, non ripudio e integrità dei documenti sottoscritti elettronicamente, a conferire maggiore certezza nei rapporti giuridici con Lei intercorrenti e ridurre il rischio di sostituzioni di persona e di frodi;
- Ottemperare agli obblighi previsti dalla legge, dai regolamenti e/o dalla normativa comunitaria ed internazionale.

Il conferimento dei dati biometrici per le suddette finalità è facoltativo e un eventuale rifiuto al rilascio dei Dati o del consenso da parte Sua non comporta pregiudizio alcuno. L'unica conseguenza sarà l'impossibilità per AXA di erogare il servizio richiesto e di consentire l'utilizzo del sistema di firma grafometrica. Nei casi di mancanza di consenso al trattamento dei Dati, è stata prevista come misura alternativa la sottoscrizione dei documenti con firma tradizionale autografa su supporto cartaceo. La successiva revoca del consenso al trattamento dei Dati necessari per l'utilizzo del sistema di firma grafometrica determinerà la disattivazione del servizio stesso.

Base giuridica del trattamento: per la finalità sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la manifestazione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali per tale specifica finalità.

I Dati saranno trattati mediante strumenti informatici telematici con logiche strettamente connesse alle finalità sopra indicate e comunque nel rispetto delle disposizioni di legge.

I Dati, in forma sempre criptata, saranno conservati presso AXA e/o presso le società appositamente nominate Responsabili del trattamento dei dati nell'ambito delle attività di archiviazione e conservazione a norma dei documenti firmati elettronicamente.

I Dati raccolti saranno trattati altresì da:

- Società di servizi anche facenti parte del Gruppo AXA, in qualità di Responsabile del "Sistema di Conservazione" e di Responsabile del trattamento;
- Società delegate per la realizzazione materiale dei servizi di conservazione digitale a norma ("Conservatore") e in qualità di Responsabile del trattamento.

In ogni caso il trattamento dei Dati che La riguardano avverrà con le logiche strettamente correlate alle finalità suddette e sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. I Dati, infatti, saranno trattati con sistema di cifratura e saranno inaccessibili al personale e agli addetti alla manutenzione, essendo previsto un particolare procedimento per decifrarli.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, Lei può rivolgersi ad AXA Assicurazioni S.p.A. - Corso Como 17 - c.a. Data Protection Officer - 20154 Milano (MI) - e-mail: [privacy@axa.it](mailto:privacy@axa.it). Inoltre, Lei potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo in materia di protezione dei dati personali, in Italia il Garante per la protezione dei dati personali: Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma (+39) 06.696771; [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it).

Data di ultimo aggiornamento: luglio 2024

In riferimento alle informazioni suindicate, è stato sottoscritto il contratto n. .... (Mod. .... )  
Presso l'Agenzia di ..... (Cod. .... )

Il Sottoscritto dichiara:

- 1) che le risposte suindicate sono esatte e veritiere, assumendone la piena responsabilità;
- 2) di riconoscere che esse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore e che sono portate a conoscenza del contraente per una corretta conclusione del contratto (Per maggiori informazioni, si fa riferimento all'informativa privacy allegata alla documentazione contrattuale);
- 3) di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli Artt. 1892, 1893 e 1894 C.C. Il Sottoscritto proscioglie dal segreto professionale e d'ufficio tutti i medici che lo hanno visitato o curato, gli Enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, ai quali l'Assicuratore credesse, in ogni tempo, di rivolgersi tramite suoi incaricati per informazioni

data.....

L'Assicurando (se minore chi ne esercita la potestà) .....

**Consenso al trattamento delle categorie dei dati particolari di dati personali, relativi allo stato di salute (cd. dati sensibili), ai sensi della normativa sulla protezione dei dati personali ("privacy")**

Io sottoscritto, ricevuta e letta l'informativa sopra riportata Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'informativa  
1) acconsento al trattamento dei dati personali sensibili per le finalità assicurative

data.....

L'Assicurando (se minore chi ne esercita la potestà) .....

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia  
Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 - PEC: [axaassicurazioni@axa.legalmail.it](mailto:axaassicurazioni@axa.legalmail.it)

Capitale Sociale € 232.535.335 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano-Monza-Brianza-Lodi e C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 - Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 - Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)