



Agenzia		Codice
Questionario N°	Ramo	Numero Polizza

RACCOLTA DATI PER PROPOSTA Protezione Salute Per Sempre

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 FISIOLÓGICA

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? ☐ NO ☐ SI

Se si, compilare la tabella sotto riportata per tutte le patologie sofferte indicando la data della diagnosi, l'eventuale intervento chirurgico ed allegando Eventuale documentazione medica.

	Data diagnosi	Intervento chirurgico/Data
APPARATO DIGERENTE		
Bocca e gola.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Esofago.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Stomaco.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Fegato e vie biliari e pancreas.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Intestino (duodeno, digiuno, ileo, colon, sigma, retto, ano).....	<input type="checkbox"/> SI.....
Altro.....	<input type="checkbox"/> SI.....
APPARATO GENITO-URINARIO		
Reni e ureteri.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Vescica e uretra.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Prostata.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Testicoli.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Mammelle.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Ovaie e tube (salpingi).....	<input type="checkbox"/> SI.....
Utero (corpo e collo) e vagina.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Genitali esterni.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Altro.....	<input type="checkbox"/> SI.....
APPARATO RESPIRATORIO		
Naso e cavità paranasali.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Laringe e corde vocali.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Bronchi.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Polmoni.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Pleure.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Altro.....	<input type="checkbox"/> SI.....
SISTEMA CIRCOLATORIO		
Cuore.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Arterie.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Vene.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Altro.....	<input type="checkbox"/> SI.....
CUTE (Pelle) E TESSUTO SOTTOCUTANEO		
.....	<input type="checkbox"/> SI.....
.....	<input type="checkbox"/> SI.....
.....	<input type="checkbox"/> SI.....
MALATTIE ENDOCRINE E DEFICIENZE NUTRIZIONALI		
Diabete mellito <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Tiroide.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Paratiroidi.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Ipofisi.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Ghiandole surrenali.....	<input type="checkbox"/> SI.....
Altro.....	<input type="checkbox"/> SI.....

MALATTIE METABOLICHE E DISTURBI IMMUNITARI Deficit immunitari..... Altro.....	Data diagnosi	Intervento chirurgico/Data <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI.....
EPATITI ED MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE 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		
SISTEMA NERVOSO CENTRALE (SNC) E PERIFERICO (SNP) 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.....
OCCHIO E ANNESSI OCULARI Occhio..... Altro.....	Data diagnosi	Intervento chirurgico/Data <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI.....
ORECCHIO E APOFISI MASTOIDEA Orecchio..... Altro.....	Data diagnosi	Intervento chirurgico/Data <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> SI.....
SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO 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.....
DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI Diagnosi specifica..... Terapie in atto o pregresse.....		
MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI 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.....

TUMORI		Data diagnosi	Intervento chirurgico/Data
Benigni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si, indicare la sede anatomica Maligni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si, indicare la sede anatomica Altro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI
MALFORMAZIONI CONGENITE ED ANOMALIE CROMOSOMICHE		Data diagnosi	Intervento chirurgico/Data
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 per sempre*



Chi decide perché e come trattare i dati?

AXA Assicurazioni S.p.A. (di seguito "AXA"), in qualità di Titolare del trattamento dei dati.



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

a) Finalità assicurativa

I dati personali anagrafici e di contatto sono trattati 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 dell'interessato.

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



Modalità di trattamento

I suoi dati personali saranno trattati con modalità manuali ed automatizzate, ivi incluse eventuali decisioni automatizzate (es. al fine di valutare e predisporre i preventivi, gestire alcune fasi del rapporto assicurativo) e tecniche di data science.



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, autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria;

In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa. **I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.**



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

Per accedere, aggiornare, integrare, rettificare, cancellare i dati, chiederne il blocco, opporsi al trattamento, ottenere la limitazione al trattamento e richiedere la portabilità dei dati, far valere il diritto all'oblio 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, **l'interessato può scrivere a:** AXA Assicurazioni S.p.A. c.a. Data Protection Officer - Corso Como 17 - 20154 Milano (MI) - e-mail: **privacy@axa.it**.

Inoltre, è possibile 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



Da dove vengono 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.



Informazioni aggiuntive

L'informativa è disponibile nelle Condizioni Generali di Polizza o sul sito **www.axa.it**. Altre informazioni sul trattamento dei dati personali sono disponibili nella sezione Privacy del sito web indicato.

Data di ultimo aggiornamento: settembre 2022

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

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)