

QUESTIONARIO MEDICO AGGIUNTIVO

ITALIA

Utmost Wealth Solutions è il marchio utilizzato da una serie di società Utmost. Questo documento è stato emesso da Utmost Luxembourg S.A.

Compilare in caratteri maiuscoli. Se non diversamente specificato i termini al singolare si applicano anche al plurale e viceversa. I termini usati al maschile si riferiscono anche al femminile. Salvo diversamente definito, i termini con la prima lettera in maiuscolo hanno il significato a loro attribuito nel Glossario delle Condizioni Contrattuali.

La Legge 7 dicembre 2023, n. 193 ed il Decreto del Ministero della Sanità 22 marzo 2024 disciplinano il diritto all'oblio delle persone guarite da patologie oncologiche di non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica.

Prima di rispondere alle domande contenute nei questionari sanitari, si invitano l'Assicurando ed il Medico esaminatore a prendere conoscenza dei dettagli riportati nell'Allegato 1 al presente documento.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, COMPRESI I DATI SANITARI

(da utilizzarsi assieme al Questionario Medico Aggiuntivo/Referto Medico)

INFORMATIVA PRIVACY

Nell'ambito della proposta di sottoscrizione della Polizza di assicurazione sulla vita numero (la "**Polizza**") con la copertura aggiuntiva per il caso di morte come descritta nella documentazione contrattuale, Utmost Luxembourg S.A. con sede legale presso 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo (la "**Compagnia di Assicurazione**") funge da titolare del trattamento dei dati ai sensi del Regolamento Generale sulla protezione dei dati n. 2016/679 dell'UE (il "**GDPR**").

In conformità all'articolo 6 e all'articolo 9 del GDPR, rispettivamente sulla liceità del trattamento e sul trattamento di categorie particolari di dati personali, la Compagnia di Assicurazione chiede il Suo consenso esplicito alla raccolta, al trattamento e alla comunicazione dei Suoi dati personali, compresi quelli sanitari, alla Compagnia di riassicurazione Hannover Rück SE, con sede presso Karl-Wiechert-Allee 50, 30625 Hannover, Germania (la "**Compagnia di riassicurazione**"), quale titolare indipendente del trattamento dei dati, affinché la stessa possa predisporre, dare esecuzione o risolvere la Polizza.

Prima di sottoscrivere la presente dichiarazione di consenso, è importante che Lei abbia compreso quali saranno i dati raccolti, trattati e trasferiti dalla Compagnia di Assicurazione e che abbia letto e compreso l'Informativa sulla privacy della Compagnia di riassicurazione, conformemente agli artt. 13 e 14 del Regolamento generale sulla protezione dei dati dell'UE (GDPR)", disponibile al seguente indirizzo: www.hannover-re.com/182774/data-privacy. L'Informativa sulla privacy spiega in quale modo la Compagnia di riassicurazione e le sue controllate e collegate raccolgono i dati personali e come li usano quando forniscono i propri servizi riassicurativi.

QUALI SONO I DATI PERSONALI, COMPRESI QUELLI SANITARI, CHE LA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE RACCOGLIERA, TRATTERA E COMUNICHERA ALLA COMPAGNIA DI RIASSICURAZIONE?

La Compagnia di Assicurazione fornirà alla Compagnia di riassicurazione i seguenti documenti:

- › il Questionario Medico Aggiuntivo da Lei compilato;
- › il Referto Medico (se applicabile) compilato dal Suo medico di fiducia o da un altro operatore sanitario; e
- › i risultati delle analisi mediche effettuate su parti del corpo o sostanze corporee (se applicabile), che collettivamente o singolarmente possono rivelare informazioni sul Suo stato passato, presente o futuro di salute fisica o mentale (i "**Dati**").

PERCHE E NECESSARIO RACCOGLIERE E TRATTARE I SUOI DATI PERSONALI, COMPRESI I DATI SANITARI?

La raccolta, il trattamento e la comunicazione dei Suoi dati personali sono necessari ai fini della sottoscrizione e dell'esecuzione della Polizza con la copertura aggiuntiva in caso di morte come descritta nella documentazione contrattuale.

In qualità di Compagnia di Assicurazione della Polizza con la copertura aggiuntiva in caso di morte, Utmost Luxembourg S.A. deve valutare i rischi associati allo stato di salute e alla longevità dell'Assicurato, come definito nella documentazione contrattuale, per calcolare e applicare correttamente alla Polizza i costi legati al rischio di mortalità (se applicabili) necessari ad assicurare la specifica copertura richiesta per il caso di morte.

Poiché la Compagnia di assicurazione assume il rischio assicurativo in collaborazione con la Compagnia di riassicurazione, le suddette informazioni saranno inoltrate alla Compagnia di riassicurazione e ai soggetti da essa delegati al fine di effettuare la valutazione dei rischi e dei sinistri, del controllo dell'accumulazione dei rischi, nonché per fini contabili, statistici o connessi alle attività riassicurative.

SU QUALI BASI GIURIDICHE SARANNO TRATTATI I SUOI DATI SANITARI?

In conformità all'articolo 6 e all'articolo 9 del GDPR, rispettivamente sulla liceità del trattamento e sul trattamento di categorie particolari di dati personali, la liceità del trattamento dei Suoi dati si basa sul consenso esplicito da Lei fornito.

PER QUANTO TEMPO VERRANNO CONSERVATI I SUOI DATI?

Il periodo di conservazione e le misure di salvaguardia applicabili terranno conto della natura, dello scopo e delle finalità del trattamento dei dati e non potranno essere inferiori alla durata della Polizza in relazione a cui i dati sono stati raccolti e trattati, né superiori al limite di conservazione di volta in volta applicabile. La Compagnia di Assicurazione e quella di riassicurazione dovranno adottare e mantenere misure tecniche e organizzative adeguate a proteggere i dati personali da violazioni accidentali o illecite dei dati.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI IN RELAZIONE AI SUOI DATI?

In aggiunta ai diritti previsti dal GDPR, cioè il diritto di accedere (Articolo 15) a qualsiasi dato personale raccolto e trattato dalla Compagnia di Assicurazione in qualità di Titolare del trattamento, di ottenere la rettifica (Articolo 16) di eventuali dati inesatti o la cancellazione (Articolo 17) di dati personali, nonché il diritto di limitare e/o di opporsi al trattamento dei dati (Articolo 21) e il diritto alla portabilità dei dati (Articolo 20), Lei ha il diritto di revocare in qualsiasi momento il Suo consenso esplicito al trattamento dei dati personali.

Detta revoca non influirà sulla liceità del trattamento dei Dati effettuato, in base al Suo consenso esplicito, prima della revoca del consenso. Tuttavia, potrebbe comportare delle conseguenze per la stipula o l'esecuzione della Sua Polizza. Ad esempio, potrebbe rendere impossibile per la Compagnia di Assicurazione offrire la copertura o continuare l'esecuzione della Polizza.

Per maggiori informazioni sui Suoi diritti e sulle conseguenze del consenso, o per qualsiasi altra domanda relativa ai Suoi dati personali può contattare il Responsabile della protezione dei dati ("DPO") della Compagnia di Assicurazione all'indirizzo data.privacy@utmostgroup.lu o all'indirizzo postale della Compagnia di Assicurazione, indirizzando direttamente al DPO una richiesta scritta, datata e corredata da un documento di identità con una descrizione chiara e precisa della richiesta relativa all'esercizio dei Suoi diritti.

Lei ha altresì il diritto di sporgere reclamo presso un'autorità di vigilanza dello Stato membro in cui risiede abitualmente, del Suo luogo di lavoro o del luogo della presunta violazione.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

1. Io sottoscritto dichiaro di aver letto e compreso la precedente Informativa Privacy e l'Informativa sulla privacy di Hannover Rück SE.
2. Dichiaro di aver avuto l'opportunità di valutare le suddette informazioni, di porre domande a riguardo e di aver ricevuto risposte soddisfacenti.
3. Dichiaro di essere consapevole del fatto che dispongo del diritto di revocare il mio consenso in qualsiasi momento, senza conseguenze per la liceità del trattamento basato sul consenso da me fornito prima del ritiro. Tuttavia, sono consapevole del fatto che tale revoca potrà avere delle conseguenze sulla stipula o l'esecuzione della Polizza. Ad esempio, potrebbe rendere impossibile per la Compagnia di Assicurazione offrire la copertura o continuare ad eseguire la Polizza.
4. Io sottoscritto autorizzo la Compagnia di Assicurazione a fornire alla Compagnia di riassicurazione i miei dati personali e una copia del Questionario Medico Aggiuntivo, del Referto Medico e dei risultati della visita o del test medico e della relativa documentazione.
5. Dichiaro di essere al corrente del fatto che i miei dati saranno utilizzati per valutare l'assunzione del rischio assicurativo.
6. Dichiaro di conoscere i dettagli della normativa relativa all'oblio oncologico (Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e Decreto del Ministero della Sanità 22 marzo 2024), riportati nell'Allegato 1 al presente documento.

QUESTIONARIO MEDICO AGGIUNTIVO

1 Nome e Cognome dell'Assicurato

2 Altezza Peso

Stato Civile

3 Negli ultimi 5 anni ha consultato un medico per altri motivi oltre a problemi di salute secondari (si considera secondario un disturbo che non richiede più di 2 consulti medici, per il quale il trattamento non supera i 10 giorni)? Sì No

4 Assume attualmente farmaci che Le sono stati prescritti da un medico o deve sottoporsi a controlli regolari per malattie precedentemente contratte? Sì No

5 Ha mai effettuato un esame del sangue per il virus HIV/AIDS o avuto colloqui di counseling o di consulenza per il virus HIV/AIDS o altre malattie sessualmente trasmissibili? Sì No

6 Le è mai stata rifiutata, posticipata o accettata con condizioni o clausole particolari una proposta di sottoscrizione di un contratto di assicurazione vita, infortuni o malattia sulla Sua persona? Sì No

7 Occupazione/Settore di competenza dell'Assicurato

8 È mai stato esposto, in qualità di Assicurato, a particolari rischi relativi alla Sua occupazione o al Suo settore di competenza, oppure nel Suo tempo libero viaggia o risiede in Paesi esposti a rischi politici o di salute (ad esempio, lavori con esplosivi, voli non in qualità di passeggero pagante, immersioni subacquee, paracadutismo, corse automobilistiche o motociclistiche...) Sì No

In caso affermativo, La preghiamo di fornire ulteriori dettagli.

Potrebbe cortesemente indicare le destinazioni e la durata dei viaggi effettuati negli ultimi 24 mesi ed eventuali destinazioni previste e relative durate per i prossimi 24 mesi?

9 Nome ed indirizzo del Medico curante

10 Se ha risposto affermativamente ("Sì") a una o più delle precedenti domande, La preghiamo di fornire ulteriori dettagli, specificando le relative date.

Sottoscrivendo la presente Informativa Privacy e la dichiarazione di consenso, io sottoscritto acconsento volontariamente e incondizionatamente alla raccolta, al trattamento e alla comunicazione dei miei dati da parte della Compagnia di assicurazione alla Compagnia di riassicurazione, affinché gli stessi siano successivamente trattati come descritto nella Informativa Privacy di cui sopra e nell'Informativa sulla privacy di Hannover Rück SE.

Assicurando

FIRMA

Data

g	g	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Luogo

ALLEGATO 1

La Legge 7 dicembre 2023, n. 193 "Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche" riporta, nell'Art. 2, le indicazioni relative all'accesso ai servizi bancari, finanziari, di investimento ed assicurativi per le persone guarite da patologie oncologiche.

Si riporta di seguito il contenuto del suddetto Art. 2:

1. Ai fini della stipulazione o del rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi nonché nell'ambito della stipulazione di ogni altro tipo di contratto, anche esclusivamente tra privati, quando, al momento della stipulazione del contratto o successivamente, le informazioni sono suscettibili di influenzarne condizioni e termini, non è ammessa richiesta di informazioni relative allo stato di salute della persona fisica contraente concernenti patologie oncologiche da cui la stessa sia stata precedentemente affetta e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta. Tale periodo è ridotto della metà nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Le informazioni di cui al presente comma non possono essere acquisite neanche da fonti diverse dal contraente e, qualora siano comunque nella disponibilità dell'operatore o dell'intermediario, non possono essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.
2. In tutte le fasi di accesso a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi, ivi compresi le trattative precontrattuali e la stipulazione o il rinnovo di contratti, le banche, gli istituti di credito, le imprese di assicurazione e gli intermediari finanziari e assicurativi forniscono alla controparte adeguate informazioni circa il diritto di cui al comma 1, di cui è fatta espressa menzione nei moduli o formulari predisposti e utilizzati ai fini della stipulazione o del rinnovo dei predetti contratti.
3. Nei casi di cui ai commi 1 e 2 non possono essere altresì applicati al contraente limiti, costi e oneri aggiuntivi né trattamenti diversi rispetto a quelli previsti per la generalità dei contraenti a legislazione vigente.
4. È fatto divieto alle banche, agli istituti di credito, alle imprese di assicurazione e agli intermediari finanziari e assicurativi di richiedere l'effettuazione di visite mediche di controllo e di accertamenti sanitari, nei casi di cui al comma 1, per la stipulazione dei contratti indicati al medesimo comma.
5. Qualora le informazioni di cui al comma 1 siano state fornite precedentemente, non possono essere utilizzate ai fini della valutazione del rischio dell'operazione o della solvibilità del contraente, decorso il termine stabilito dal medesimo comma 1. A tal fine, il contraente invia tempestivamente alla banca, all'istituto di credito, all'impresa di assicurazione o all'intermediario finanziario o assicurativo, mediante raccomandata con avviso di ricevimento o posta elettronica certificata, la certificazione rilasciata secondo le disposizioni del decreto previsto dall'articolo 5, comma 1. Entro trenta giorni dal ricevimento della certificazione, gli operatori di cui al secondo periodo in possesso delle informazioni di cui al comma 1 del presente articolo procedono alla loro cancellazione.
6. Nei contratti concernenti operazioni e servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi nonché negli altri contratti di cui al comma 1, stipulati successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge, la violazione delle disposizioni di cui ai commi da 1 a 5 determina la nullità delle singole clausole contrattuali difformi rispetto ai principi di cui al comma 1 e di quelle a esse connesse e non comporta la nullità del contratto, che rimane valido ed efficace per il resto. La nullità opera soltanto a vantaggio della persona fisica contraente ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.
7. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Comitato interministeriale per il credito e il risparmio, con propria deliberazione, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, stabilisce le modalità di attuazione del comma 1, eventualmente predisponendo formulari e modelli. Analogo provvedimento è adottato, entro il medesimo termine di cui al primo periodo, dall'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, sentito il Garante per la protezione dei dati personali.

Il successivo Decreto del Ministero della Sanità del 22 marzo 2004 ha introdotto alcune precisazioni relative ai termini applicabili per specifiche patologie oncologiche, riportati nella tabella seguente:

“Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico”

TIPO DI TUMORE	SPECIFICAZIONI	ANNI DALLA FINE DEL TRATTAMENTO
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, > 21 anni	7
Melanoma	> 21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	> 21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni Uomini con diagnosi <45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	< 45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

A WEALTH *of* DIFFERENCE

www.utmostinternational.com

Utmost Luxembourg S.A. è iscritta al Registro del Commercio e delle Imprese, R.C.S. Luxembourg, con il numero B37604 ed è soggetta alla vigilanza del Commissariat aux Assurances (CAA)

Sede legale: 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg
Utmost Wealth Solutions è un marchio utilizzato dalle società del gruppo Utmost