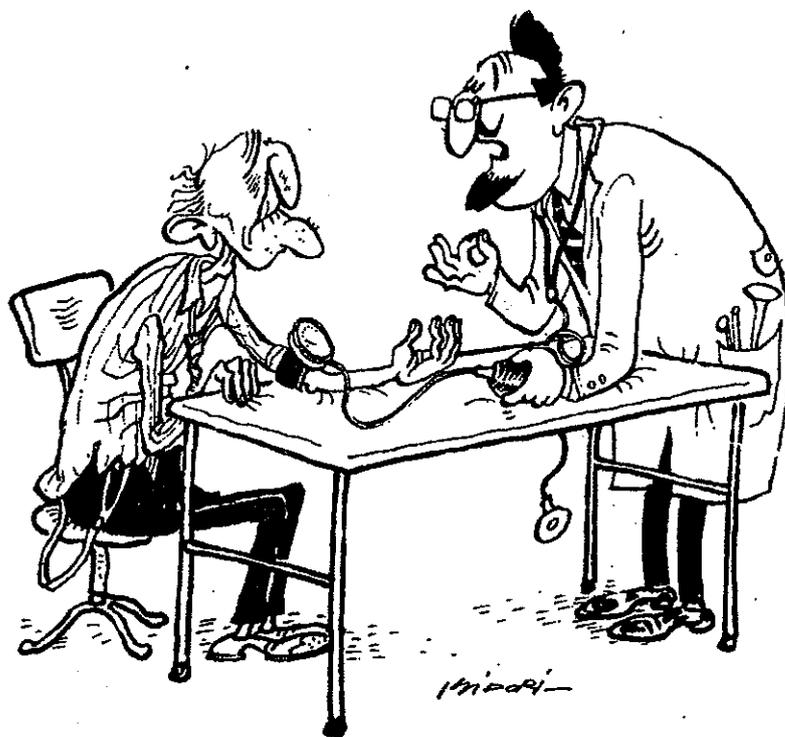


# Anziani

PERIODICO MENSILE DELLA UGL PENSIONATI

**UNA BATTAGLIA VINTA DALLA  
FEDERAZIONE NAZIONALE PENSIONATI DELL'UGL**



**IL GARANTE DEI DATI PERSONALI  
NON RITIENE LECITO L'USO DI MOLTI  
DEI DATI PERSONALI RICHIESTI DALLE  
BANCHE E DALLE ASSICURAZIONI  
PER CONCEDERE PRESTITI A PENSIONATI**



*Cari Amici,*

*nel settembre 2007 vi ho inviato un voluminoso fascicolo (allegati 1 e 2) per documentare la mia azione - nel CIV dell'INPDAP - a favore delle prestazioni creditizie da erogare - a cura dell'Istituto - in favore dei dipendenti e dei pensionati.*

*Fin dal 5 ottobre 2006 andai a verificare di persona quali documenti venivano ancora richiesti ai pensionati per concedere i prestiti.*

*Ebbi così modo di constatare che gli interessati dovevano - fra l'altro - compilare e far compilare dal medico di fiducia, un questionario che ritenni inaccettabile ed in contrasto con le norme in materia di tutela dei dati personali.*

*Protestai con l'intera dirigenza dell'INPDAP (allegato 3) contestando le pretese della BNL e della Finanziaria che, invece, l'INPDAP aveva tranquillamente accettato, subendo l'imposizione del modulo (allegato 4).*

*Visto inutile ogni tentativo, il 30 dicembre 2006 scrissi al Garante per la protezione dei dati personali (allegato 5), chiedendo il suo parere sull'intera vicenda.*

*Il 24 aprile 2007 (allegato 6), il 14 novembre 2007 (allegato 7) ed il 6 dicembre 2007 (allegato 8), vista l'inutilità dei solleciti e dei numerosi colloqui, sollecitai nuovamente una risposta e chiesi l'intervento del Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio.*

*Finalmente, il 13 giugno 2008 il Garante per la protezione dei dati personali ha scritto all'Assicurazione ed alla Banca Nazionale del Lavoro e, come si può leggere nell'allegato 9, ha fra l'altro chiarito che "non risulta allo stato lecito l'utilizzo dei predetti dati personali che vanno quindi espunti dal rapporto di visita medica".*

*Ma non è tutto.*

Come potete leggere nell'allegato 10, anche l'ISVAP (l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo), interessato alla vicenda dal Garante, ha preso una significativa posizione in favore delle tesi da me sostenute (allegato10).

Il 2 luglio u.s. ho scritto al Presidente del CIV-INPDAP (come potete leggere nell'allegato 11) e gli ho chiesto di mettere l'argomento all'ordine del giorno del CIV.

Il 3 luglio u.s. è avvenuta la svolta che attendevo da mesi: la Cardif Assicurazioni ha risposto al garante, dandomi ragione. (allegato 12).

Ha infatti dichiarato che per prestiti di importo inferiore ai 31.000 euro, sarà sufficiente presentare una autocertificazione di buono stato di salute, mentre per i prestiti di importo superiore, dovrà essere compilato soltanto un questionario di ridotte dimensioni (due sole pagine) che - come scrive la Cardif - "risulta notevolmente semplificato rispetto al precedente, in quanto non prevede l'effettuazione di alcun esame specifico, ma solo riportati i test clinici a cui il cliente si sia già sottoposto; infine non richiede l'intervento di un medico, in quanto la compilazione è a cura dello stesso cliente".

Credo di poter affermare che si tratta di un altro nostro clamoroso successo, ottenuto contro due colossi del credito e delle assicurazioni.

Il 21 luglio ho scritto al Presidente del CIV- INPDAP una nuova lettera (allegato 13) per metterlo al corrente della novità e per sollecitare una approfondita discussione nel CIV-INPDAP dell'intera vicenda.

Il 24 luglio u.s. ho chiesto la parola nella riunione del CIV INPDAP ed ho illustrato i positivi risultati della mia azione "solitaria..."

Ho quindi chiesto al Direttore di prendere atto della clamorosa novità e di applicarla a tutte le convenzioni per i prestiti in atto; ho ricevuto ampia assicurazione in proposito.

Ma ho anche chiesto un'indagine per accertare chi - negli anni scorsi - ha accettato e sottoscritto le condizioni imposte della BNL e dell'Assicurazione a lei collegata.

"Non si può firmare - ho concluso - un accordo del genere.

In questo Istituto abbiamo fior di Dirigenti Generali, Uffici studi, Uffici legali, esperti e così via.

Nessuno si è accorto di niente.

Mi auguro che - con la Sua gestione - tutto ciò non si ripeta."

Corrado Mannucci

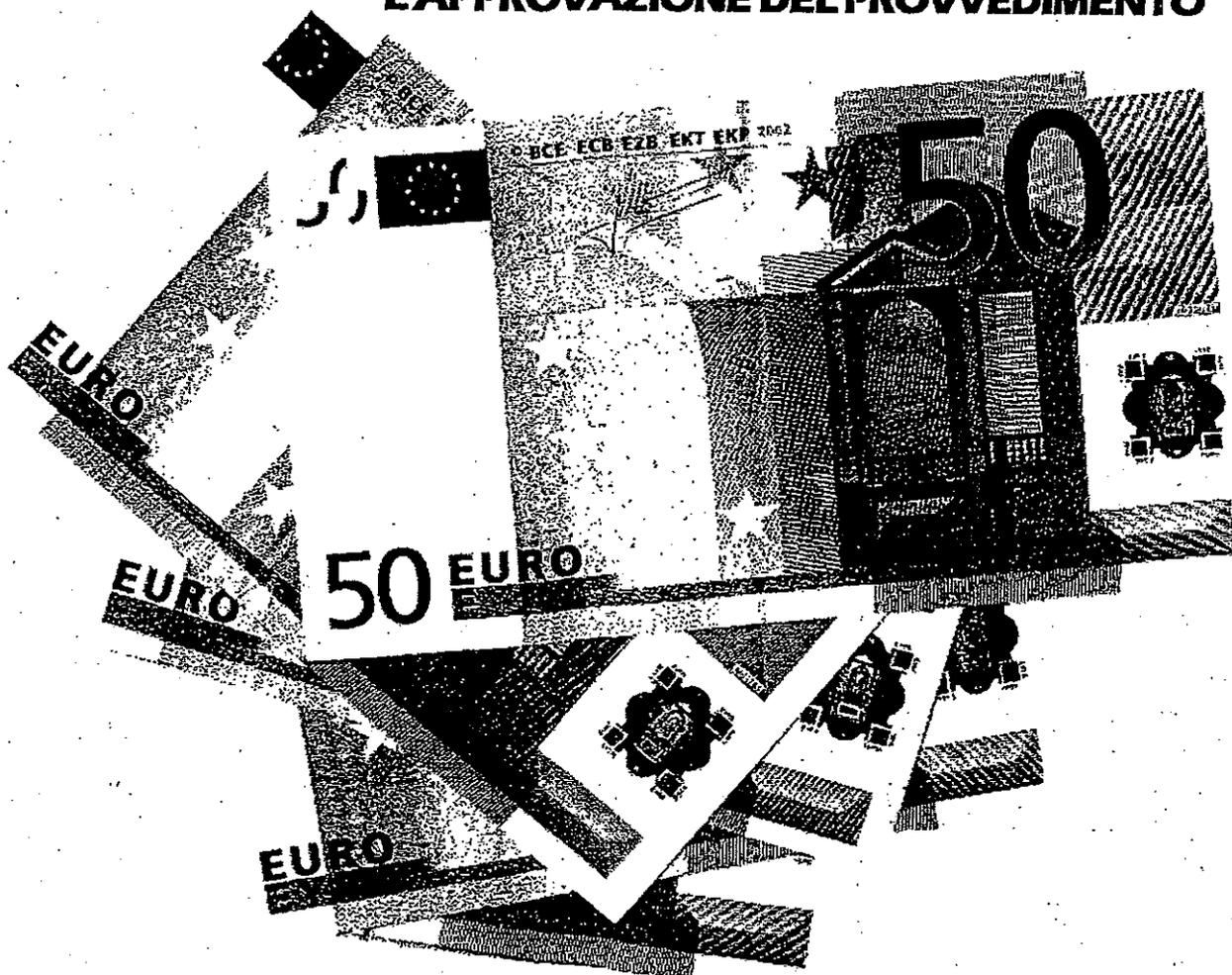
Spedizione abbonamento postale articolo 2, comma 20/C, L. 562/98 - Filiale di Roma - Direzione Via Principe Amedeo 23 - 00185 Roma - Tel. 06/48904445 - Fax 06/489030972  
Sito Internet: [www.pensionatiugl.it](http://www.pensionatiugl.it) Mensile - Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 585 del 25 - 11 - 88 - Direttore Corrado Mannucci - Anno XIX - n. 9 - 10 settembre-ottobre 2007 - stampato in proprio

# ANZIANI

ALLEGATO 1

PERIODICO MENSILE DELLA UGL PENSIONATI

**IL RUOLO DELLA FEDERAZIONE  
PENSIONATI DELL'UGL PER  
L'APPROVAZIONE DEL PROVVEDIMENTO**



**LA CESSIONE DEL "QUINTO"  
PER I PENSIONATI  
E LE PRESTAZIONI CREDITIZIE**

*Cari amici,*

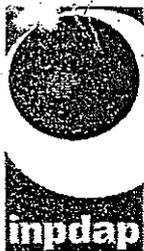
*nelle pagine che seguono, troverete la "vera storia" della estensione ai pensionati della possibilità di chiedere la cessione del V° della pensione, oltre che informazioni sulle prestazioni creditizie.*

*Desidero sottolineare l'importante ruolo che ho avuto - come Segretario della nostra Federazione- nel chiedere la legge nel 2005, nei solleciti per renderla operativa e, come componente del CIV-INPDAP nell'eliminazione degli inaccettabili certificati sanitari (contro i quali sono anche ricorso al Garante della Privacy), nell'eliminazione della barriera degli ottanta anni per la concessione delle cessioni e per il decisivo intervento che ha portato alla riduzione dei costi dell'assicurazione sulla vita, prevista dalla legge.*

*Posso affermare, senza paura di smentite, che abbiamo avuto - anche nel CIV dell'INPDAP - un ruolo decisivo nella vicenda che si è svolta - in troppi casi - fra la generale indifferenza (ma potrei dire ostilità) nei confronti di vitali esigenze degli anziani ai quali nessuna banca e nessuna finanziaria è solita concedere prestiti se non a fronte di solide garanzie immobiliari o di interessi talmente esosi da sfiorare (e spesso superare) i limiti che la legge definisce di usura.*

*Corrado Mannucci*

- 
- *Segretario Nazionale della UGL Pensionati*
  - *Consigliere UGL del CIV-INPDAP*



CONSIGLIO DI INDIRIZZO E VIGILANZA  
Segreteria dei Consiglieri

5.10.2006

ALLEGATO 3

Dr. Guido Abbadessa  
Presidente CIV INPDAP

Ing. Marco Staderini  
Presidente INPDAP

Dr. Giuliano Mazzeo  
Magistrato della Corte dei Conti

Dr. Giancarlo Settini  
Vice Presidente Collegio dei Sindaci

E, p.c. Dr. Luigi Marchione  
Direttore Generale INPDAP

Oggetto : Accordo per i prestiti con la BNL.

Questa mattina, alle ore 9.30, mi sono recato presso la "postazione" della BNL ubicata nella sede Inpdap di Roma 4 di via Grezar, per chiedere un prestito in base all'accordo stipulato fra l'Inpdap e la BNL, ed a me comunicato con lettera personalizzata (all.1 e 2).

L'incaricato mi ha cortesemente calcolato l'entità del prestito su di un piccolo foglio di carta che allego in copia (all. 3).

Nella lettera a me pervenuta era precisato che la quota cedibile è di 211 euro e che quindi, moltiplicando 210 euro per 60 mesi, avrei potuto incassare al netto di spese e assicurazione, Euro 9.104.

Ho fatto un rapido calcolo, ed ho facilmente dedotto che i conti non tornavano, dal momento che la differenza fra la cifra lorda spettante e quella netta, era di ben 3.500 euro (pari a sette milioni delle vecchie lire...).

Due ben altre sorprese mi aspettavano. L'impiegato della BNL, mi ha chiesto quale era la mia età; ho risposto che avevo appena compiuto i 74 anni. Mi ha allora precisato che dovevo compiere alcuni adempimenti di carattere sanitario (allegato 4), previsti dalla Banca (ma non dall'accordo sottoscritto con l'Inpdap) per il finanziamento da restituire "oltre i 75 anni di età a scadenza del finanziamento".

Mi sono informato presso uno studio di analisi ed ho potuto accertare che il costo delle analisi richieste supera abbondantemente i 1.000 euro! Ma c'è dell'altro.

Il mio medico, dovrebbe inoltre compilare un modulo di due pagine (all. 5 e 5/a) che vi prego di leggere attentamente, contenente domande di una delicatezza incredibile.

Una volta in possesso di tutti i documenti sanitari, dovrei consegnarli all'assicurazione, sottoscrivendo anche una dichiarazione con la quale - fra l'altro - prosciolgo dal segreto professionale e legale i direttori di cliniche, ospedali, case di cura, enti mutualistici, medici liberi professionisti o dipendenti da enti che possono avermi curato o semplicemente visitato e tutte le altre persone alle quali la HDI Assicurazioni S.p.A. credesse, in qualsiasi momento, di rivolgersi per ottenere documenti o informazioni riguardanti il mio stato di salute.

Poi, mi è stato detto, il medico dell'Assicurazione deciderà se concedermi o meno il prestito.

Una cosa appare evidente; i prestiti verranno concessi solamente a coloro che saranno in perfetta salute i quali, però, dovranno pagare ugualmente una salatissima assicurazione che, sommata alle spese, è pari ad oltre il 25% della somma ipotizzata.

Non vi sembra che vi siano abbastanza motivi per intervenire drasticamente a tutela dei pensionati dell'Inpdap?

Nel testo dell'accordo firmato dall'Inpdap e nelle locandine pubblicitarie, non vi è traccia degli adempimenti di carattere sanitario illustrati.

Ancora una volta, la BNL (come ho già ripetutamente denunciato nel corso di numerose riunioni del CIV) ha unilateralmente modificato le intese, come quando sottoscrisse con l'Inpdap un accordo per concedere finanziamenti ai pensionati con età massima di 73 anni e poi, con una circolare interna, limitò i finanziamenti a coloro che non avevano compiuti i 70 anni.

Poiché mi rifiuto di credere che esistano clausole "riservate" dell'accordo, vi invito ad intervenire immediatamente presso la BNL, affinché rimuova senza indugi le discriminanti condizioni sopra denunciate.

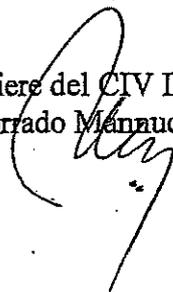
Desidero anche informarvi che venerdì 13 ottobre, alle ore 9.30, mi recherò nuovamente nella stessa sede di via Grezar, dove rinnoverò la domanda per il prestito.

Se la situazione non sarà cambiata, inizierò una serie di azioni legali a tutela dei pensionati dell'Inpdap.

Ma sono certo che - per quel giorno - avrete già ottenuto l'annullamento delle norme illegali.

Cordiali saluti

Il Consigliere del CIV INPDAP  
Corrado Mannucci



5/10/2006

**RAPPORTO DI VISITA MEDICA**  
per età alla scadenza superiori al compimento dei 75 anni

**ALLEGATO 4**

Codice Agente BNL Finance/Agenzia BNL : \_\_\_\_\_

Agente BNL Finance/ Referente BNL : \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Importo di finanziamento richiesto: \_\_\_\_\_ Durata finanziamento in mesi: \_\_\_\_\_

**Dati del Medico:**

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

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_

**Dati dell'Assicurando:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Parte A) Dichiarazioni dell'Assicurando costituenti la base del contratto di assicurazione**

- 1 NO  Nella sua parentela consanguinea si sono verificati casi di malattie cardiocircolatorie, ipertensione, insufficienza renale, diabete, tumori maligni, malattie nervose e mentali, o altre a carattere ereditario (come corea di Huntington o morbo di Alzheimer)?  
SI  Quali? (Indicare l'età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età del decesso) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 2 NO  Ha praticato accertamenti diagnostici? (ECG, EEG, radiografie, esami del sangue e delle urine, test HIV, ricerca antigene AU, biopsie o altre)?  
SI  Quali? \_\_\_\_\_ Per quali motivi? \_\_\_\_\_  
Quando? \_\_\_\_\_ Con quale risultato? \_\_\_\_\_
- 3 NO  E' mai stato ricoverato in Case di cura, ospedali, sanatori per malattie e/o interventi chirurgici?  
SI  Per quali cause? \_\_\_\_\_  
Dove? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_ Per quanto tempo? \_\_\_\_\_
- 4 Ha sofferto o soffre di malattie (formulare una descrizione dettagliata, inizio, durata, guarigione o postumi di eventuali malattie):  
NO  SI  dell'apparato respiratorio? (bronchite cronica, asma, enfisema, fibrosi polmonare, asbestosi, tubercolosi, tumori o altre malattie o disturbi) \_\_\_\_\_  
NO  SI  dell'apparato cardiocircolatorio? (angina pectoris, infarto/attacco cardiaco, ipertensione, male al torace negli ultimi 12 mesi, palpitazioni, soffio cardiaco, ECG anormale, tumori o altre malattie o disturbi) \_\_\_\_\_  
NO  SI  dell'apparato digerente? (colite, bruciore di stomaco ricorrente, reflusso esofageo ricorrente, ulcera gastrica, ulcera duodenale, cirrosi epatica, epatite virale, tumori o altre malattie o disturbi) \_\_\_\_\_  
NO  SI  del sistema nervoso centrale e periferico e organi di senso? (ictus, attacco ischemico transitorio, sclerosi multipla, depressione, epilessia, nevrosi, psicosi, malattia demielinizzante, distrofia muscolare, tumori o altre malattie o disturbi) \_\_\_\_\_  
NO  SI  del sistema endocrino? (diabete mellito, intolleranza al glucosio, alterazioni tiroide, tumori o altre malattie o disturbi) \_\_\_\_\_  
NO  SI  del sistema urogenitale? (nefrite, insufficienza renale, ematuria o proteinuria, glicosuria, malattie o disturbi dei reni o della vescica, tumori o altre malattie) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**CARDIF**

A BNP PARIBAS company

- NO  SI  del sangue? (anemia, emofilia, tumori o altre malattie o disturbi) \_\_\_\_\_
- NO  SI  dell'apparato immunologico e osteoarticolare? (artrite reumatoide, lupus SLE, tumori o altre malattie o disturbi) \_\_\_\_\_
- NO  SI  dell'apparato riproduttivo? (malattie o disturbi della prostata o delle ghiandole mammarie, mammografia anormale, altre malattie della cervice e/o dell'utero) \_\_\_\_\_
- 5 NO  Ha sofferto negli ultimi 12 mesi o soffre attualmente di astenia, febbricole, diarrea, sudori notturni, variazioni di peso oltre il 10%, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle e/o altre?  
SI  Quali? \_\_\_\_\_
- 6 NO  E' stato sottoposto a radio e/o chemioterapia?  
SI  Di che genere? \_\_\_\_\_  
Quando? \_\_\_\_\_ Per quali motivi? \_\_\_\_\_
- 7 NO  E' stato sottoposto a emotrasfusioni e/o a terapie a base di emoderivati?  
SI  Quali? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_
- 8 NO  Ha subito traumi o lesioni accidentali?  
SI  Quali? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_
- 9 NO  Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali?  
SI  Di che genere? \_\_\_\_\_
- 10 NO  Fruisce o ha fruito di assegno di invalidità o pensione di inabilità o ha presentato domanda per ottenerla?  
SI  Per quali motivi? \_\_\_\_\_
- 11 NO  E' stato riformato alla visita per il servizio militare?  
SI  Per quale motivo? \_\_\_\_\_
- 12 NO  Fuma o ha mai fumato negli ultimi 24 mesi?  
SI  Fuma più di 25 sigarette al giorno? \_\_\_\_\_
- 13 NO  Ha fatto o fa uso di sonniferi o sostanze stupefacenti?  
SI  Quali, in quale misura e quando l'ultima volta? \_\_\_\_\_
- 14 NO  Ha fatto o fa uso alcolici?  
SI  Si prega di specificare l'uso giornaliero (1 unità=1 bottiglia di birra o 1 bicchiere di vino o 2,00 cl di superalcolici) \_\_\_\_\_ (unità)
- 15 NO  È stato mai trattato per uso eccessivo di alcol o uso di sostanze stupefacenti? Le è stato consigliato di ridurre il suo consumo di alcol?  
SI  Si prega di specificare \_\_\_\_\_
- 16 NO  Pratica sports? \_\_\_\_\_  
SI  Quali? \_\_\_\_\_ Come professionista o dilettante? \_\_\_\_\_
- 7 NO  Ha intrapreso negli ultimi 2 mesi viaggi al di fuori dell'Europa occidentale?  
SI  Dove? \_\_\_\_\_ Per quanto tempo? \_\_\_\_\_  
Per quale motivo? \_\_\_\_\_
- 8 NO  Intraprende o prevede di intraprendere viaggi al di fuori dell'Europa occidentale?  
SI  Dove? \_\_\_\_\_ Per quanto tempo? \_\_\_\_\_  
Per quale motivo? \_\_\_\_\_

19 Chi è il suo medico curante abituale e/o di famiglia? \_\_\_\_\_

Quando lo ha consultato? \_\_\_\_\_ Per quale motivo? \_\_\_\_\_

20 NO  E' stato sottoposto a visite mediche a scopo di assicurazione vita?

SI  Presso quale Società? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_ Con quale risultato? \_\_\_\_\_

**Domande per persone di sesso femminile:**

21 NO  Ha sofferto o soffre di disturbi della sfera ginecologica? \_\_\_\_\_

SI  \_\_\_\_\_

22 NO  E' incinta?

SI  \_\_\_\_\_ Di quanti mesi? \_\_\_\_\_

Dichiaro, dopo aver riletto il presente questionario, che le informazioni da me fornite nel presente documento sono complete e veritiere. Prosciolgo dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti di cura in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardano, autorizzando sin d'ora l'Assicuratore stesso all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

Dichiaro di essere a conoscenza che l'accettazione della copertura da parte dell'assicuratore viene concessa sulla base delle risposte da me fornite nel presente questionario medico.

Dichiaro di essere consapevole che tali informazioni devono corrispondere a verità ed esattezza e che le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurando relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi degli Art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Qualora tra il momento della sottoscrizione del presente Rapporto di Visita Medica e la data di erogazione del finanziamento intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurando, l'Assicurando stesso deve darne sollecita comunicazione all'Assicuratore al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste.

Nel caso in cui l'erogazione del finanziamento avvenga entro il 90° giorno dalla data di sottoscrizione del presente Rapporto di Visita Medica, l'Assicurando è tenuto a ripetere nuovamente le formalità di ammissione, anche se non sono intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurando: \_\_\_\_\_  
(apposta in presenza del Medico esaminatore)

**Per il medico esaminatore:**

- conosce personalmente l'assicurando? NO  SI
- è suo parente? NO  SI
- è suo medico di famiglia? NO  SI

Il medico esaminatore inoltre conferma:

- che le dichiarazioni di cui sopra sono state scritte personalmente
- che le dichiarazioni di cui sopra sono state scritte dall'assicurando in sua presenza

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma del medico esaminatore: \_\_\_\_\_

**CARDIF**

A GNP PARIBAS company

**Parte B) Risultato dell'esame obiettivo praticato all'Assicurando****I Condizioni generali**

- 1 Portamento ed aspetto generale (obeso, robusto, gracile, magro, diritto, curvo). \_\_\_\_\_
- 2 Mostra l'età indicata? \_\_\_\_\_
- 3  Il colorito della pelle e delle mucose visibili è normale? \_\_\_\_\_  
 Vi sono affezioni cutanee? Quali? \_\_\_\_\_  
 Vi sono cicatrici? In quali regioni? Da quali lesioni? \_\_\_\_\_
- 4 Pannicolo adiposo \_\_\_\_\_
- 5 Glandole linfatiche delle varie regioni del corpo \_\_\_\_\_
- 6 Masse muscolari \_\_\_\_\_
- 7 Alterazioni delle ossa e delle articolazioni e loro cause, con speciale riguardo a deformità toraciche, vertebrali, etc. \_\_\_\_\_

**II Misure somatiche**

- 1 (da verificare) Altezza in cm.: \_\_\_\_\_ Peso in Kg.: \_\_\_\_\_

**III Collo**

- 1 Conformazione \_\_\_\_\_
- 2 Stato della glandole tiroide. (in caso di ipertrofia indicarne la consistenza, precisando se è di vecchia data, stazionaria o progressiva) \_\_\_\_\_

**IV Apparato respiratorio**

- 1 Respira bene a bocca chiusa? Vi sono affezioni nasali? \_\_\_\_\_
- 2 Esistono alterazioni nella voce? (rauca, velata, debole) \_\_\_\_\_
- 3 Forma del torace. (indicare se vi sono asimmetrie parziali o totali, se le due metà si espandono ugualmente e se vi sono alterazioni nella frequenza e del ritmo del respiro) \_\_\_\_\_
- 4 Palpazione del torace \_\_\_\_\_
- 5 Percussione del torace \_\_\_\_\_
- 6 Auscultazione del torace \_\_\_\_\_
- 7 Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato respiratorio con speciale riguardo alle condizioni degli apici polmonari e ad eventuali postumi di pleuriti \_\_\_\_\_

**V Apparato circolatorio**

- 1 Ispezione della regione cardiaca \_\_\_\_\_
- 2 Palpazione della regione cardiaca (indicare con esattezza la sede ed i caratteri dell'impulso) \_\_\_\_\_
- 3 Percussione della regione cardiaca (precisare i limiti superiori e destro dell'ottusità relativa, quando l'area risulti ingrandita) \_\_\_\_\_
- 4 Auscultazione del cuore (indicare se vi sono modificazioni dei toni e, se vi fossero rumori, designarne con precisione la sede, il tempo nel quale si ascoltano, i caratteri acustici, come si diffondono e come si comportano sotto sforzo) \_\_\_\_\_
- 5 Eventuali rilievi a carico dei grossi vasi \_\_\_\_\_
- 6 Numero delle pulsazioni allo stato di riposo e dopo cinque flessioni sulle ginocchia-caratteri-(grandezza, durezza, celerità e ritmo del polso) \_\_\_\_\_
- 7 Tempo necessario per il ritorno alla frequenza iniziale \_\_\_\_\_
- 8 Pressione arteriosa Mx \_\_\_\_\_ Mn \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_
- 9 Sono evidenti emorroidi, varici e alterazioni del trofismo cutaneo agli arti inferiori? \_\_\_\_\_
- 10 Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato circolatorio \_\_\_\_\_

**VI Apparato digerente**

- 1 Condizioni della bocca (lingua, denti, etc.) e fauci \_\_\_\_\_
- 2 Ispezione dell'addome \_\_\_\_\_
- 3 Palpazione dell'addome. (ricercare accuratamente se vi sono punti dolenti alla pressione) \_\_\_\_\_
- 4 Esame del fegato: è palpabile, dolente, duro, bemocoluto? In caso di alterazione indicarne i limiti superiore e inferiore. \_\_\_\_\_
- 5 Grandezza della milza \_\_\_\_\_
- 6 Esiste ernia? (sede e volume di essa, se contenibile e contenuta da cinto) \_\_\_\_\_

7 - Esistono fistole anali? (superficiali o profonde?) Si può escluderne la natura tubercolare? \_\_\_\_\_

8 Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato digerente \_\_\_\_\_

**VII Apparato urogenitale**

1 Vi sono segni che facciano sospettare una malattia dei reni, della vescica, dell'uretra, della prostata, dei testicoli? \_\_\_\_\_

**VIII Sistema nervoso**

1 Condizioni psichiche \_\_\_\_\_

2 Motilità (indicare specialmente se vi sono tremori, contratture, paralisi o paresi di gruppi muscolari o se vi sono disturbi nella stazione eretta e nel cammino) \_\_\_\_\_

3 Riflessi profondi: rotulei, achillei, etc. \_\_\_\_\_

4 Organi di senso specifici: \_\_\_\_\_

Occhio: forma (esoftalmo?) \_\_\_\_\_

pupille (forme e simmetria, reazione alla luce e all'accomodazione) \_\_\_\_\_

disturbi della vista (in casi di notevole miopia e di ipermetropia indicarne il grado) \_\_\_\_\_

Orecchio: disturbi funzionali \_\_\_\_\_

vi è otorrea \_\_\_\_\_

5 Deduzioni ricavate dall'esame del sistema nervoso \_\_\_\_\_

**IX Per persone di sesso femminile**

1 Condizioni delle mammelle \_\_\_\_\_

2 Il Medico esaminatore ritiene necessario un esame ginecologico per sospetta alterazione degli organi genitali? \_\_\_\_\_

**XI. Conclusioni - Tenuto conto di tutti i dati raccolti:**

1 Quale è il suo giudizio diagnostico? \_\_\_\_\_

2 Quale è il suo giudizio prognostico? rischio:  buono;  mediocre;  cattivo.

3 Ritiene Ella opportuno far sottoporre l'assicurando ad eventuali esami supplementari di controllo?  NO  SI  
Se sì, quali e per quale motivo? \_\_\_\_\_

4 Eventuali informazioni a completamento del certificato \_\_\_\_\_

Il Sottoscritto attesta di aver raccolto l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo del Sig. \_\_\_\_\_  
Si impegna a mantenere con chiunque il segreto sui risultati della visita praticata e sul giudizio da lui dato.

La visita medica è stata eseguita nel Comune di: \_\_\_\_\_ Luogo: \_\_\_\_\_

Alle ore: \_\_\_\_\_ Del giorno: \_\_\_\_\_

Firma del Medico: \_\_\_\_\_ Qualifica\*: \_\_\_\_\_

\* Consulente, Fiduciario, Ospedaliero (grado e nosocomio), Ufficiale sanitario o condotto (indicare il Comune), Libero professionista

Domicilio: \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_

*leggi  
il*

**UGL**  
UNIONE ITALIANA  
PENSIONATI



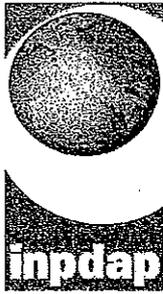
# LIBRO NERO

**SULLA  
CONDIZIONE  
DEGLI ANZIANI  
E DEI PENSIONATI**

**LIBRO NERO  
SULLA CONDIZIONE DEGLI ANZIANI E DEI PENSIONATI.**

A CURA DELLA SEGRETERIA NAZIONALE DELLA UGL PENSIONATI  
00185 ROMA - VIA P. AMEDEO 23 - TEL. 06.48904445 FAX 06.48930972 E-MAIL: [pensionati@ugl.it](mailto:pensionati@ugl.it)

TESTO DI CORRADO MANNUCCI - 2006



**ALLEGATO 5**

Roma, 30 dicembre 2006

**CONSIGLIO DI INDIRIZZO E  
VIGILANZA  
Il Consigliere**

00185 Roma  
Via S. Croce in Gerusalemme 55

Al Garante  
per la protezione  
dei dati personali

Piazza Montecitorio 121  
00186 ROMA

**OGGETTO:** richiesta di un parere.

Il sottoscritto, nella sua qualità di Consigliere del CIV dell'INPDAP, ha contestato alla BNL la richiesta di determinati dati personali (vedere allegato) per la concessione di un prestito, previsto da un accordo con l'INPDAP.

Poiché ritengo che la richiesta sia in netto contrasto con le norme che garantiscono la riservatezza dei dati personali, Le chiedo di farmi conoscere il Suo autorevole parere.

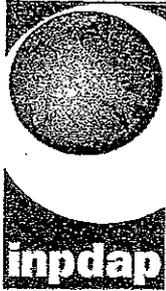
Distinti saluti.

Corrado Mannucci  


---

Tel. 336342280  
E-mail: pensionati@ugl.it

51333/  
DIP. REACT  
ECONOMICO  
PRODUTTIVO



**ALLEGATO 6**

Roma, 24 aprile 2007

Al Garante  
per la protezione  
dei dati personali

Piazza Montecitorio 121  
00186 ROMA

**CONSIGLIO DI INDIRIZZO E  
VIGILANZA  
Il Consigliere**

00185 Roma  
Via S. Croce in Gerusalemme 55

OGGETTO: sollecito.

In data 30 dicembre 2006 Le ho inviato una lettera contenente la richiesta di un parere in merito ad un documento di carattere sanitario – messo a punto da una nota Banca a carattere nazionale - che ritengo sia in netto contrasto con le norme che garantiscono la riservatezza dei dati personali.

La pratica è stata smistata al Dipartimento Raccolte Economiche Produttive, con il n. 51333 e, in quell'Ufficio, giace.

Mi domando per quanto tempo dovrò aspettare per conoscere il Vostro parere, visto che sono passati "soltanto" quattro mesi mentre; in un ben noto caso che interessava un uomo di governo, avete preso provvedimenti nel giro di ventiquattro ore.

È evidente che vi è una inaccettabile disparità di trattamento malgrado le mie sollecitazioni verbali.

Chiarisco anche a Lei che il problema riguarda centinaia di migliaia di pensionati dell'INPDAP.

Poiché non posso attendere oltre, se, a stretto giro di posta, non riceverò una Vostra risposta, sarò costretto a nuovi solleciti ma questa volta con interrogazioni alla Camera dei Deputati e al Senato della Repubblica.

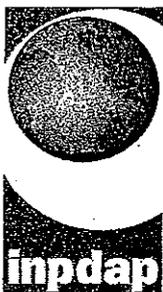
Sono certo che Lei interverrà con l'autorevolezza che Le è da tutti riconosciuta.

Distinti saluti.

Corrado Mannucci

---

Tel. 336342280  
E-mail: pensionati@ugl.it



**ALLEGATO 7**

Roma, 14 novembre 2007

**CONSIGLIO DI INDIRIZZO E  
VIGILANZA  
Il Consigliere**

00185 Roma  
Via S. Croce in Gerusalemme 55

Al Garante  
per la protezione  
dei dati personali

Piazza Montecitorio 121  
00186 ROMA

Oggetto: richiesta di un parere.

In data 30 dicembre 2006 e 24 aprile 2007 Vi ho chiesto e poi sollecitato, un parere sull'uso dei dati personali.

Alla pratica è stato da voi assegnato il n° 5133 del Dipartimento Realtà Economiche Produttive.

Ho incontrato in diverse occasioni un vostro funzionario al quale ho consegnato anche altri documenti.

A tutt'oggi - e sono passati nove mesi, tanti quanto bastano per fare un figlio - non ho ricevuto alcuna risposta.

Mi domando quanto tempo dovrà ancora passare per ricevere una risposta da quello che dovrebbe essere un autorevole ente dello Stato.

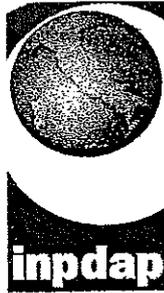
Distinti saluti.

Corrado Mannucci

---

Tel. 336342280

**ALLEGATO 8**



**CONSIGLIO DI INDIRIZZO E  
VIGILANZA  
Il Consigliere**

Roma, 6 dicembre 2007

Al Garante  
per la protezione  
dei dati personali  
Piazza Montecitorio 121  
00186 ROMA

e p.c. Al Sottosegretario di Stato  
Presidenza del Consiglio  
Palazzo Chigi  
Piazza Colonna 370  
00187 ROMA

In data 30 dicembre 2006 Le ho chiesto un parere sull'utilizzo di determinati dati personali.

Alla pratica è stato da Voi assegnato il n° 5133 del Dipartimento Realtà Economico Produttivo.

Ho incontrato in diverse occasioni un Vostro funzionario al quale ho consegnato anche diversi documenti.

Ho sollecitato inutilmente una risposta il 24 aprile ed il 14 novembre 2007.

A tutt'oggi ed è passato quasi un anno non ho ricevuto alcuna risposta.

Mi domando ancora una volta quanto tempo dovrà passare per ricevere una risposta da quello che dovrebbe essere un autorevole ente di Stato.

Sono costretto a ricordarLe che anche una sentenza del TAR Lazio (Roma, sezione II° sentenza 11 ottobre 2007, n. 9948) ha ribadito che la pubblica amministrazione ha il dovere di rispondere sempre.

Mi auguro che potrà tener conto di tutto ciò.

Distinti saluti.

(Corrado Mannucci)



GARANTE  
PER LA PROTEZIONE  
DEI DATI PERSONALI

ALLEGATO 9

DIPARTIMENTO REALTÀ  
ECONOMICHE E PRODUTTIVE

GPDP - UFFICIO  
PROTOCOLLO

→ ROMA, 13/06/2008  
13837 / 51333

A/R

Spett. le Cardif  
Assicurazioni S.p.A.  
Sede legale  
Largo Toscanini, 1  
21122 Milano

Spett. le BNL  
Banca Nazionale del  
Lavoro  
Sede legale  
via Veneto, 119  
00187 Roma

Egr. Sig.  
Corrado Mannucci  
Inpdap  
Via Santa Croce in  
Gerusalemme, 55  
00185 Roma

All. 1

Rif.: DREP/EP/51333-4/13837

Oggetto: quesito formulata dal sig. Corrado Mannucci (fascicolo n. 51333).

1.1. Si fa riferimento al quesito in oggetto, con il quale il sig. Mannucci ha richiesto una valutazione di conformità alla disciplina di protezione dei dati personali del trattamento effettuato da BNL-Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. mediante la "richiesta di determinati dati personali per la concessione di un prestito, previsto da un accordo con l'Inpdap" (cfr. nota del 30 dicembre 2006).

1.2. Alla luce degli elementi acquisiti, risulta che in base ad una convenzione stipulata il 6 maggio 2004 tra Inpdap, Banca Nuova S.p.A. e BNL S.p.A. "al fine di agevolare l'accesso ai finanziamenti da parte dei pensionati, che non possono accedere ai prestiti INPDAP, ed offrire ulteriori opportunità di finanziamento ai propri iscritti e dipendenti e ai loro figli" gli istituti di credito firmatari avrebbero erogato "mutui e finanziamenti agevolati agli iscritti, al personale in quiescenza ed ai dipendenti Inpdap e ai loro figli che ne facciano richiesta" (convenzione 6 maggio 2004, in atti). Successiva convenzione dell'11 settembre 2007, intercorsa tra Inpdap e BNL S.p.A., disciplinava inoltre le modalità operative per la "concessione di prodotti di finanziamento a pensionati,

GARANTE  
PER LA PROTEZIONE  
DEI DATI PERSONALI

iscritti, dipendenti Inpdap e loro familiari" prevedendo, con specifico riferimento ai "prestiti e/o mutui da estinguersi con cessione fino a un quinto della pensione, indennità o assegno erogati dall'Inpdap" (art. 2, convenzione cit.), che "tutti i prestiti obbligatoriamente debbono fruire di una polizza sulla vita per il recupero del credito residuo in caso di decesso del mutuatario (D.M. n. 313/2006)" (art. 7, convenzione cit.).

In esecuzione delle menzionate convenzioni, pertanto, le condizioni generali di contratto predisposte dalla banca condizionano l'erogazione di prestiti personali ai pensionati alla sottoscrizione di una polizza vita.

2. In termini generali, per quanto di competenza di questa Autorità, tale richiesta della banca e il conseguente trattamento di dati personali anche relativi alla salute raccolti dalla compagnia assicurativa mediante la compilazione di questionari anamnestici, non si pone, di per sé solo, in violazione della disciplina di protezione dei dati personali.

A questo proposito, infatti, l'art. 13-bis della legge 14 maggio 2005, n. 80 ed il relativo regolamento di attuazione (D.M. 27 dicembre 2006, n. 313, *Regolamento di attuazione dell'art. 13-bis del D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito con modificazioni dalla legge 14 maggio 2005, n. 35*, consentono ai pensionati di contrarre prestiti estinguibili con cessione fino ad un quinto della pensione, per periodi non superiori a dieci anni, a condizione che i prestiti siano assistiti da "garanzia dell'assicurazione sulla vita che ne assicuri il recupero del residuo credito in caso di decesso del mutuatario" (art. 13 bis, comma 1, lett. a), D.L. n. 35/2005).

3.1. Tanto premesso, i dati trattati al fine di stipulare la menzionata polizza assicurativa devono tuttavia essere pertinenti e non eccedenti rispetto alla legittima finalità perseguita (art. 11 del Codice) e, per quanto riguarda quelli sensibili, indispensabili.

A questo proposito, Cardiff Assicurazioni S.p.A. (compagnia presso la quale sono stipulate le polizze assicurative per ottenere il menzionato finanziamento) ha dichiarato che la valutazione condotta attraverso il questionario anamnestico mira a definire, per le operazioni con scadenza oltre i settantacinque anni di età e in ossequio ai principi di sana e prudente gestione dei rischi assunti dalla Compagnia, "l'ammissibilità o meno di un assicurando alla copertura del rischio vita, stimando, se esistente, il relativo rischio tarato da applicare al prodotto assicurativo stesso" (cfr., nota del 20 dicembre 2007, cit.); a tal fine è stato allegato un parere tecnico redatto dal medico legale membro del Comitato medico della compagnia medesima.

3.2. Alla luce di quanto sopra riportato – tenuto altresì conto della nota dell'Isvap interessata in ordine ai profili in esame (che per opportuna conoscenza si allega alla presente) – è allo stato possibile rilevare che, in

GARANTE  
PER LA PROTEZIONE  
DEI DATI PERSONALI

relazione all'individuazione della tipologia di dati personali trattati per il tramite del "Rapporto di visita medica" utilizzato da Cardif S.p.A., non risulta comprovata l'indispensabilità di alcuni dati rispetto alla finalità di conclusione e gestione del contratto di assicurazione sulla vita, con particolare riferimento a quelli indicati ai punti 13, 16, 17, 18 e 22 delle "Dichiarazioni dell'assicurato costituenti la base del contratto di assicurazione".

Nel caso di specie il principio di indispensabilità con riguardo alle informazioni sensibili deve essere applicato dalla compagnia di assicurazione tenendo conto – come peraltro messo in evidenza anche nella nota predisposta dall'Isvap, e salve le eventuali determinazioni di competenza di detta Autorità – della peculiare tipologia degli assicurati che mediante la stipula del contratto di assicurazione, si intende garantire.

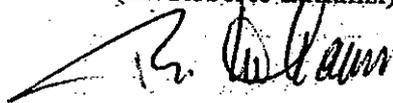
4. Sulla base degli elementi acquisiti e alla luce di quanto dichiarato dalle società in indirizzo (ai sensi e per gli effetti dell'art. 168 del Codice), non risulta allo stato lecito l'utilizzo dei predetti dati personali che vanno quindi espunti dal "Rapporto di visita medica".

Cardif S.p.A. deve pertanto rivalutare se e in quale misura tali dati personali siano pertinenti e indispensabili.

Nell'eventualità che tale rinnovata valutazione dia esito positivo, l'eventuale ulteriore utilizzo di tali dati personali (o di altre tipologie di informazioni) da parte di Cardif S.p.A. dovrà essere adeguatamente documentato sotto il profilo della loro stretta indispensabilità rispetto alla specifica finalità perseguita ed essere successivamente sottoposto a questa Autorità.

Nel rimanere a disposizione per chiarimenti, si invita Cardif S.p.A. a comunicare a questa Autorità le determinazioni adottate con ogni consentita sollecitudine e comunque entro e non oltre il 7 luglio p.v.

Il dirigente  
(dr. Roberto Lattanzi)





**NON  
ARRENDERTI**

**LOTTA  
CON NOI  
DELLA  
UGL  
PENSIONATI**



Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo

Servizio tutela degli utenti  
Sezione tutela degli assicurati

Roma, 30/05/2008

Prot. n. 10-08-064744 Allegati

Cardif Ass.ni  
c.a. Direttore Generale  
dott. ssa Isabella Fumagalli  
L.go Toscanini, 1  
20122 Milano MI  
0277224265

Oggetto: Fascicolo reclamo n. 08-135100-00/A.

Comunicazione del sig. Corrado Mannucci al Garante per la protezione dei dati personali – rapporto di visita medica richiesto ai fini dell'ammissione alla copertura del rischio vita prevista dalla polizza collettiva n. 5297, per le operazioni con scadenza oltre i settantacinque anni di età (mod. VM 11/06).

Il Garante per la protezione dei dati personali ha trasmesso a questa Autorità l'intera documentazione afferente la comunicazione ed il rapporto di visita medica di cui all'oggetto, comprensiva, tra l'altro, della risposta fornita da codesta impresa alla relativa richiesta di informazioni formulata dallo stesso Garante il 23 novembre 2007.

Al riguardo, nel prendere atto di quanto comunicato dalla d.ssa Anna Tanzini, in qualità di membro del Comitato Medico di codesta impresa, in merito alla necessità di acquisire, ai fini dell'assunzione del rischio, tutti i dati raccolti attraverso il questionario contenuto nella parte A) del suddetto rapporto, relativa alle "dichiarazioni dell'assicurando costituenti la base del contratto di assicurazione", si chiede di valutare se la scelta di utilizzare un unico modulo per tutte le operazioni con scadenza superiore al compimento dei 75 anni di età sia effettivamente la più idonea al perseguimento della suddetta finalità.

Ad avviso di questa Autorità appare infatti maggiormente adeguata la soluzione di predisporre più moduli specifici per le diverse tipologie di assicurati interessati dalle suddette operazioni, in quanto essa consentirebbe di evitare che siano richieste a ognuno informazioni talvolta ridondanti, quali ad esempio quella di cui al punto 22, inerente l'eventuale gravidanza in corso della contraente, posto che nel caso di specie si tratta di soggetti già pensionati e, quindi, verosimilmente in età non più fertile.

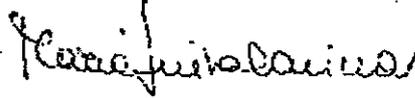
Per ciò che concerne la parte B) del rapporto di visita medica ("risultato dell'esame obiettivo praticato all'assicurando"), nei casi in cui siano versati premi di importo esiguo si ravvisa l'opportunità che codesta impresa si astenga dal richiedere alcuni dati per la cui

verifica si rendono necessarie analisi mediche dal costo elevato, tenendo così in effettiva considerazione la convenienza dell'operazione per gli assicurandi.

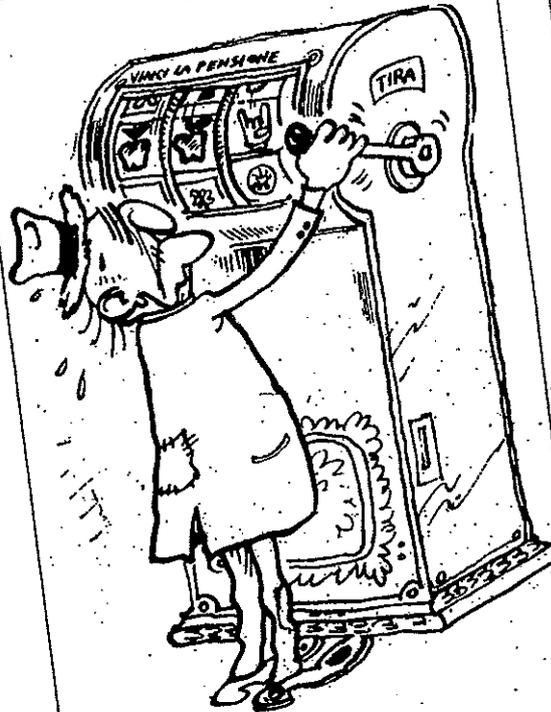
Si resta in urgente attesa di conoscere le valutazioni e gli intendimenti di codesta impresa in merito a quanto sopra evidenziato.

Distinti saluti.

Il Dirigente  
Maria Luisa Cavina

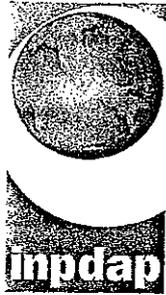


**... E SE NON RIESCI A  
RISOLVERE I TUOI PROBLEMI  
DI TIPO PREVIDENZIALE  
NON AFFIDARTI ALLA FORTUNA**



**RIVOLGITI ALL'  
ENAS**

BUON



**ALLEGATO 11**

Roma, 2 luglio 2008

Al Presidente del CIV INPDAP

**CONSIGLIO DI INDIRIZZO E  
VIGILANZA  
Il Consigliere**

SEDE

00185 Roma  
Via S. Croce in Gerusalemme 55

Oggetto: Assicurazione per i prestiti ai pensionati.

Ricorderai certamente che negli ultimi anni ho condotto – purtroppo da solo - una dura lotta contro le richieste di una società di Assicurazioni (collegata ad una nota Banca di interesse nazionale) che pretendeva dai pensionati, che avevano richiesto un prestito all'INPDAP, informazioni personali di carattere riservato.

Ricorderai che ho più volte contestato l'accordo a suo tempo stipulato dall'INPDAP che aveva recepito "tali pretese".

Il 30 dicembre 2006 sono stato costretto a rivolgermi al Garante per la protezione dei dati personali per fargli valutare la liceità delle norme da me contestate.

Il 13 giugno u.s., il Garante mi ha inviato copia di lettera dello stesso inviata alla Società assicuratrice ed alla Banca Nazionale del Lavoro, con la quale vengono sostanzialmente recepite le mie osservazioni, precisando che *"non risulta allo stato lecito l'utilizzo dei predetti dati personali che vanno quindi espunti dal Rapporto di visita medica"*.

Anche l'ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo) ha invitato la Società assicuratrice a modificare le sue richieste.

Non ti nascondo la mia soddisfazione per aver ottenuto un risultato così importante.

Ti unisco copia della lettera che ti ho inviato il 5 ottobre 2006 sull'argomento e copia delle due lettere ricevute.

Ti prego quindi di voler mettere all'Ordine del giorno del prossimo CIV l'intera vicenda.

In quella sede non mancherò di fare le opportune considerazioni.

Cordiali saluti.

  
(Corrado Mannucci)

Allegati: tre copie lettere.

# L'UGL PENSIONATI SU INTERNET



**CONSULTA IL NOSTRO SITO**  
**[www.pensionatiugl.it](http://www.pensionatiugl.it)**

**CONTIENE, OLTRE AD INFORMAZIONI**  
**SULLA NOSTRA FEDERAZIONE,**  
**ANCHE**  
**IL NOSTRO GIORNALE**  
**TELEMATICO "PIANETA ANZIANI"**  
**CONTINUAMENTE AGGIORNATO**  
**E RINNOVATO NELLA GRAFICA**



**CARDIF**

**ALLEGATO 12**

Milano, 3 Luglio 2008

Spettabile  
Garante per la protezione dei dati personali  
Dipartimento realtà economiche e produttive  
Piazza Monte Citorio, 121  
00186 Roma

Spett.le BNL  
Banca Nazionale del Lavoro  
Via Veneto, 119  
00187 Roma

Egregio Sig  
Corrado Mannucci  
Inpdap  
Via Santa Croce in Gerusalemme, 55  
00185 Roma

Oggetto: Quesito formulato dal Sig. Corrado Mannucci

Pregiatissima Autorità,

facciamo seguito alla cortese Vostra Rif DREP/EP/51333-4/13837 pari oggetto da noi ricevuta il 16 giugno u.s. per specificarVi quanto segue.

Per quanto riguarda la polizza in questione, ad oggi, le formalità mediche sono state snellite con la sostituzione del rapporto di visita medica, già a Vostre mani, con il questionario di autocertificazione dello stato di salute. Tale questionario (allegato 1) risulta notevolmente semplificato rispetto al precedente, non prevede l'effettuazione di alcun esame specifico, ma debbono essere solo riportati i risultati dei test clinici a cui il cliente si sia già sottoposto; infine non richiede l'intervento di un medico, in quanto la compilazione è a cura dello stesso cliente.

Si segnala inoltre che il questionario deve essere adottato solo per finanziamenti e quindi capitali assicurati superiori ai 31.000 Euro, mentre nel caso in cui venga richiesta la copertura di importi inferiori è addirittura sufficiente una dichiarazione di buono stato di salute (allegato 2).

CARDIF ASSICURAZIONI S.P.A.

Sede sociale: Largo Toscanini, 1 (angolo Piazza San Babila) - 20122 Milano - Tel. 02 77 22 41 - Fax 02 76 00 8149

Società per azioni - Capitale sociale € 51.883.334 i.v. - Reg. Imp. n° 355176 Trib. Milano - P.I. 11552470152 - R.E.A. n° 1475525

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 19.11.1996 (G.U. n° 279 del 28.11.1996)

Iscritta all'albo imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00126

Società unipersonale soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Assurance





////

Infine, si sottolinea che la Compagnia ha effettuato spontaneamente questa semplificazione in sede di revisione del prodotto a seguito dell'esperienza maturata nel primo periodo, in quanto non è interesse neppure della scrivente trattare dati non necessari e gravare i propri clienti con modalità assuntive non indispensabili.

Ausplicando di avere fornito i chiarimenti richiesti in maniera completa ed esauriente e pronti comunque a fornire qualsiasi ulteriore informazione si reputasse necessaria, cogliamo l'occasione per inviare i più distinti saluti.

Cardif Assicurazioni S.p.A.

Il Direttore Generale  
Filippo Nobile



**CARDIF**

A BNP PARIBAS company

## ALLEGATO 2

### DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Il sottoscritto dichiara:

- di godere di buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
- di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per malattie che necessitano di trattamento medico continuato, di non essere a conoscenza che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro e di non essere risultato positivo al test HIV.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurando relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, fornite all'atto dell'adesione all'assicurazione, che devono corrispondere a verità ed esattezza.

Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_

**NUOVO!!**

**QUESTIONARIO DI AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE**

per età all'erogazione fino al giorno di compimento del 74° anno ed età alla scadenza entro il giorno di compimento del 75° anno e capitale compreso tra Euro 31.001,00 ed Euro 52.000,00

Codice Agente BNL Finance/Agenzia BNL : \_\_\_\_\_ Agente BNL Finance/ Referente BNL \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Importo di finanziamento richiesto: \_\_\_\_\_ Durata finanziamento in mesi: \_\_\_\_\_

**Dati dell'Assicurando:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Il presente questionario va redatto personalmente dall'Assicurando che deve dare risposte chiare ed esaurienti a ciascuna domanda**

1	peso Kg.:	altezza cm.:	
---	-----------	--------------	--

2	Negli ultimi 5 anni ha effettuato Accertamenti diagnostici quali:			anno	motivo	normale	fuori norma
	Esami del sangue	NO SI	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indicare il tipo di esame fuori norma (es. glicemia, colesterolo, ecc...): _____						
	Elettrocardiogrammi	NO SI	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Radiografie	NO SI	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TAC	NO SI	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RMN	NO SI	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ecografie	NO SI	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Biopsie	NO SI	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Test per Epatite B e/o C	NO SI	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Altri?	NO SI	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(specificare) _____						

3	E' stato sottoposto a chemio e/o radioterapia?	NO SI	anno	motivo
	_____	_____	_____	_____

4	E' stato ricoverato negli ultimi 5 anni in ospedali o in altri istituti di cura per malattia, infortunio od intervento chirurgico?	NO SI	anno	motivo	conseguenze
	_____	_____	_____	_____	_____

5	Ha imperfezioni fisiche o funzionali:	quale?	da quando?
	i) della vista	NO SI	_____
	l) dell'udito	NO SI	_____
	m) degli arti	NO SI	_____
	n) d'altro genere? (specificare)	NO SI	_____

6			anno	natura malattia	conseguenze
Ha sofferto o soffre di malattie (compresi tumori):					
a) dell'apparato respiratorio	NO	SI	_____	_____	_____
b) dell'apparato cardiocircolatorio	NO	SI	_____	_____	_____
c) dell'apparato digerente (comprese epatiti)	NO	SI	_____	_____	_____
d) del sistema nervoso	NO	SI	_____	_____	_____
e) del sistema endocrinometabolico (es. diabete, ipercolesterolemia, ecc.)	NO	SI	_____	_____	_____
f) del sistema urogenitale	NO	SI	_____	_____	_____
g) del sangue	NO	SI	_____	_____	_____
h) dell'apparato osteoarticolare?	NO	SI	_____	_____	_____

7	NO	SI	Postumi Invalidanti	Percentuale d'invalidità
Ha deficit e/o patologie per le quali è stato riconosciuto un grado d'invalidità maggiore o uguale al 20%			_____	_____

8	Chi è il Suo medico curante?	_____
	Quando l'ha consultato per l'ultima volta?	_____
	Per quale motivo e con quale esito?	_____

9	Fa uso regolare di farmaci:	NO	SI
	se SI specificare quali	_____	

Dichiaro di essere a conoscenza che l'accettazione della copertura da parte dell'assicuratore viene concessa sulla base delle risposte da me fornite nel presente questionario.

Dichiaro di essere consapevole che tali informazioni devono corrispondere a verità ed esattezza e che le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Qualora, tra il momento della sottoscrizione della documentazione necessaria all'adesione e la data di erogazione del finanziamento, intervengano nuovi fattori inerenti il mio stato di salute, dichiaro di essere consapevole di doverne dare sollecita comunicazione all'Assicuratore prima dell'erogazione, al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

In ogni caso l'accettazione dell'Assicuratore è da ritenersi valida purché l'erogazione del finanziamento avvenga entro 90 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione alla copertura. Se l'erogazione del finanziamento fosse successiva al termine sopraindicato prendo atto di essere tenuto a ripetere la compilazione del Questionario.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dell'Aderente \_\_\_\_\_



**ALLEGATO 13**

Roma, 21 luglio 2008

**CONSIGLIO DI INDIRIZZO E  
VIGILANZA**  
*Il Consigliere*

00185 Roma  
Via S. Croce in Gerusalemme 55

Al Presidente  
del CIV – INPDAP  
SEDE

Ti trasmetto copia delle recenti decisioni adottate dalla "CARDIF" in seguito alla mia denuncia.

Ti prego di allegarla alla mia del 2 luglio u.s. e ti rinnovo la richiesta di trattare l'argomento nella seduta del CIV-INPDAP del 24 luglio p.v.

Cordialmente.

(Corrado Mannucci)

