

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

COGNOME E NOME DELL'ASSOCIANDO:		DATA DI NASCITA:
CODICE FISCALE:		
VIA / PIAZZA:	N°:	CAP:
LOCALITA':	PROV.:	TELEFONO:

DICHIARAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

L'Associando deve fornire risposte veritiere e non reticenti alle domande circa il proprio stato di salute. Le dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

Con la sottoscrizione, l'Associando dichiara di aver ricevuto l'Informativa sulla Privacy, preso atto delle informazioni ivi contenute, acconsente al trattamento dei propri dati per finalità contrattuali ed obblighi di legge, nel rispetto della normativa vigente.

L'ASSOCIANDO DICHIARA DI:

a) Presentare menomazioni, malformazioni, difetti fisici obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati	SI <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>
b) Avere subito traumi o infortuni per i quali siano tuttora in cura o in corso di accertamento le conseguenze o i postumi	SI <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>
c) Essere affetto da malattia o da complicanze o postumi di malattia, che richiedano specifiche cure o esami o accertamenti periodici	SI <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>
d) Avere subito interventi chirurgici diversi da quelli sotto elencati	SI <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>

Firma _____

L'associando è tenuto a firmare le dichiarazioni sanitarie rese; in caso di minore dovrà essere apposta la firma del genitore esercente la patria potestà.

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

Appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia, settoplastica nasale, correzione di alluce valgo (solo se eseguita su entrambi i piedi), intervento di varici (solo se eseguito ad entrambi gli arti inferiori), asportazione della milza a seguito di rottura traumatica, varicocele, fimosi, ernioplastica (inguinale, crurale ecc. solo se operata da più di 5 anni), colecistectomia per calcoli, asportazione di cisti sinoviali, lipomi, neoformazioni cutanee benigne, pneumotorace traumatico, isterectomia (non per forme tumorali maligne).

In caso vi sia anche una sola risposta positiva al presente questionario, è necessario provvedere alla compilazione del Questionario Anamnestico di II livello (MOD. AT QA0003).

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO

Informativa sulla Privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza.

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti¹. M.I.A.S. deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano.

I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti² sono utilizzati da M.I.A.S. e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di espletare le finalità attinenti l'esercizio dell'attività di Mutua ai sensi delle vigenti disposizioni di legge e, in particolare:

- a) per la prenotazione di visite specialistiche, di diagnostica strumentale e di ricoveri presso strutture sanitarie convenzionate in Italia e all'estero
- b) per il pagamento dei compensi ai medici ed agli Istituti di Cura
- c) per il rimborso al Socio delle spese rimaste a suo carico anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

Le chiediamo quindi, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per il perseguimento delle suddette finalità. Per tali servizi abbiamo necessità di trattare anche dati "sensibili"³ strettamente strumentali all'erogazione degli stessi. Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità.

Per tali finalità i Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, medici, laboratori e Istituti di Cura, consorzi ed associazioni del nostro settore. Il Suo consenso riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo a M.I.A.S. Senza i Suoi dati non potremmo fornirLe i servizi in tutto o in parte. I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe i servizi e le informazioni da Lei richieste anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. Per taluni servizi, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero. Questi soggetti sono nostri diretti collaboratori e svolgono la funzione del "responsabile" o dell' "incaricato" del nostro trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento. Si tratta, in modo particolare, di: consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto nostro quali legali, periti e medici, società di servizi per il quietanzamento, centrali operative di assistenza, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza. Le precisiamo infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i nostri addetti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni. L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può conoscerlo agevolmente e gratuitamente chiedendolo a M.I.A.S. ove potrà conoscere anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro ed è necessario per il perseguimento delle finalità suddette.

La informiamo inoltre che i Suoi dati personali non verranno diffusi.

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati.

Ha, anche, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento⁴

Per l'esercizio dei suoi diritti può rivolgersi a:

M.I.A.S. Via Fabio Massimo, 88 - 00192 - Roma

Tel. +39.06.3215671 - Fax +39.06.32647344

www.mias.it - info@mias.it

(il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento).

Data

Nome, Cognome (o Denominazione) e firma degli interessati per il consenso

¹ Art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003).

² Altri soggetti che effettuano operazioni che La riguardano o che, per soddisfare una Sua richiesta forniscono alla azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali ecc.

³ Sono considerati sensibili i dati relativi, ad es. al Suo stato di salute, alle Sue opinioni politiche e sindacali e alle Sue convinzioni religiose (art. 4, comma 1, lett. d) del Codice in materia di protezione dei dati personali)

⁴ Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.