





9. Ha effettuato esami o accertamenti diagnostici con esiti al di fuori della norma, che abbiano rilevato patologie diverse da quelle già dichiarate?

NO  SI. Indichi la patologia, quando diagnosticata, se in atto, se in trattamento (da quando e con quale farmaco/terapia) e l'eventuale intervento chirurgico subito.

Patologia	Data diagnosi	In atto?	Se in trattamento, indicare:		Intervento?	
			da quando	il farmaco/terapia	NO	SI, il /
/	/	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	/		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, il /
/	/	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	/		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, il /
/	/	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	/		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, il /

Note/Precisazioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto Assicurando, consapevole che le notizie e i dati di ordine sanitario costituiscono elemento fondamentale per la valutazione del rischio da parte di Reale Mutua e ne determinano le relative condizioni assuntive, dichiara di aver risposto con esattezza ed in modo completo e veritiero al Questionario sopra riportato. Proscioglie dal segreto professionale e legale tutti i medici che possano averlo curato e visitato e le altre persone alle quali Reale Mutua - o i suoi incaricati - credesse in ogni tempo rivolgersi per informazioni. Dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Visto dell'Agente Procuratore \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurando (o di chi ne esercita la potestà) \_\_\_\_\_

#### INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 196/2003

Ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo n. 196/2003 (di seguito denominato Codice), La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato con o senza l'ausilio di mezzi elettronici ed avverrà in modo tale da assicurare la Sua riservatezza e garantirLe la possibilità di far valere i Suoi diritti.

La raccolta dei Suoi dati, anche sensibili e/o giudiziari, rappresenta una condizione necessaria per l'assunzione del rischio, pertanto la mancata autorizzazione da parte Sua ci impedirà di compiere tale valutazione e conseguentemente di fornirLe un'adeguata proposta e stipulare un eventuale futuro contratto.

I Suoi dati saranno trattati dalla struttura agenziale di riferimento, nonché, dai dipendenti e collaboratori esterni nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa.

Titolare del trattamento dati è la Società Reale Mutua di Assicurazione con sede in Torino Via Corte d'Appello n. 11.

I Suoi dati non saranno diffusi né saranno soggetti a comunicazione.

Per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice (tra cui quelli di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati nonché opporsi, per motivi legittimi, al loro utilizzo) Lei potrà rivolgersi al Servizio Buongiorno Reale (Numero Verde 800.320.320 e-mail buongiornoreale.realemutua.it) presso la sede indicata al comma che precede. Il medesimo Servizio è altresì competente per chiarimenti sul testo dell'informativa o del Codice medesimo, sulle modalità del trattamento, nonché sull'elenco completo dei responsabili o su qualunque altra informazione ritenuta necessaria.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, Le ricordiamo che il conferimento dei dati richiesti è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività sopra descritte. Precisiamo che senza i Suoi dati e il Suo consenso al trattamento - mediante l'apposizione della Sua firma in calce - non potremo dar seguito alle Sue richieste.

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'Assicurando (o di chi ne esercita la potestà) \_\_\_\_\_