

Dichiarazione relativa allo stato di salute per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia

Alle domande con occorre rispondere apponendo una crocetta nella casella che fa al caso.

A Persona da assicurare

Cognome _____
 Nome _____
 Via/no _____
 NPA/Località _____
 Data di nascita _____ (giorno/mese/anno)
 Nazionalità _____
 Sesso maschile femminile

Altre sue proposte sono state respinte da altri assicuratori, risp. accettate a condizioni aggravate? sì no Se sì, perché? _____

Per favore, indichi nome e indirizzo del suo medico di famiglia o dell'ultimo medico che l'ha avuta in cura:

Nome _____
 Indirizzo _____
 Telefono _____

Se si risponde sì a una delle domande 2-6 o 11-13 che seguono, bisogna fornire indicazioni dettagliate alla rubrica C o su un foglio allegato.

B Dichiarazione dello stato di salute

1. Si sente perfettamente sano/a? sì no
2. **Negli ultimi 5 anni è stato/a in cura medica, si è sottoposto/a a controlli o accertamenti? È stato/a in trattamento da medici, psichiatri, psicologi, fisioterapisti, chiropratici, medici naturalisti, logopedisti, ergoterapisti o altre persone operanti nel settore della medicina?** sì no
3. Ha soggiornato (o soggiorna) in un ospedale, in una clinica specialistica, in un sanatorio o in una casa di cura, oppure ha seguito una cura di disintossicazione? sì no
4. È previsto o le è stato consigliato un trattamento ambulatoriale, risp. un'operazione, un ricovero ospedaliero o un soggiorno di cura? sì no
5. Ha già subito un intervento chirurgico? sì no
6. Esistono conseguenze di una malattia, di un infortunio, soffre di danni dovuti al parto o di malformazioni congenite, oppure esistono predisposizioni a determinate malattie accertate da un medico? sì no
7. Misure corporee: Statura _____ cm Peso _____ kg
8. Si è già sottoposto/a a un test HIV/epatite (epatite B, C)? sì no
 Se sì, quando? _____
 HIV positivo HIV negativo nessun test HIV effettuato
 epatite positivo epatite negativo nessun test epatite effettuato
9. Assume regolarmente medicinali in questo momento oppure ha assunto regolarmente medicinali negli ultimi 5 anni? Ja Nein

Se sì, quali, con quale frequenza, per quanto tempo e per quali malattie/disturbi?

Nome del medicamento	Quantità/giorno	Durata dell'assunzione	Malattia/disturbo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

10. Fa uso regolarmente di nicotina e/o fa uso o ha fatto uso regolarmente alcol, droghe o simili? sì no

Se sì, voglia indicare le unità/la quantità per giorno/settimana:

Nicotina (sigarette, e-sigarette, sigari, narghilè, pipa)

Alcol (1 unità = 1 dl di vino, 3 dl di birra oppure 4 cl di liquori)

Droghe (cannabis, marijuana, canapa e hashish, crack, ecstasy, allucinogeni, eroina, cocaina, LSD, oppiacei, speed, altri)

Cosa _____

Cosa _____

Quali _____

Quantità al giorno _____

Numero di unità di vino/birra a settimana _____

Quantità al giorno _____

Numero di unità di liquori a settimana _____

Dal _____ al _____

Dal _____ al _____

11. Ha già subito degli infortuni? sì no

È perfettamente guarito/a? sì no

Sussistono conseguenze che potrebbero rendere necessaria una terapia? sì no

Presso chi era assicurato/a contro le conseguenze di questo infortunio? _____

12. La sua capacità di guadagno o di lavoro è attualmente limitata? sì no

Si è già verificata un'incapacità di guadagno o di lavoro, parziale o totale, di durata superiore a 30 giorni? sì no

13. Beneficia o ha beneficiato di prestazioni assicurative dell'assicurazione infortuni, militare o invalidità, cassa pensione (LPP) risp. da un'assicurazione privata? Oppure si è annunciato/a per tali assicurazioni (se disponibile, p.f. allegare la decisione)? sì no

14. Per donne: è incinta? sì no

Se sì, per favore indichi il termine previsto per il parto. _____

C Indicazioni supplementari relative alle domande B a cui si è risposto sì:

Domanda n.	Tipo di malattia, infortunio, disturbo	Inizio	Durata	Completamente guarito/a?	Medico curante (Nome e indirizzo completo)
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	_____

Osservazioni particolari:

Dichiarazione del/della sottoscritto/a

Con la presente confermo di avere risposto in modo veritiero e completo a tutte le domande e che anche le risposte non scritte di mio pugno corrispondono esattamente alle mie indicazioni. Sono cosciente del fatto che se le dichiarazioni relative allo stato di salute risp. all'anamnesi sono incomplete o non corrispondenti al vero SWICA ha il diritto di ridurre o rifiutare le prestazioni, oppure di esigerne la restituzione, di applicare una riserva con effetto retroattivo oppure di ordinare l'esclusione dalla copertura o di disdire l'assicurazione mediante recesso con effetto immediato. Sottoscrivendo la presente proposta confermo di avere ricevuto le Condizioni generali d'assicurazione e le Condizioni Complementari e di riconoscerne la validità legale. Nell'ambito della verifica della presente proposta, come pure del controllo di eventuali violazioni dell'obbligo di denuncia, autorizzo SWICA e i suoi partner assicurativi a richiedere a tutto il personale medico e/o medico-terapeutico, come pure ad altri assicuratori nonché a società operanti nell'ambito assicurativo all'interno del Gruppo SWICA, le informazioni necessarie ai fini della valutazione del rischio per la copertura assicurativa proposta, e libero espressamente questi ultimi dal segreto professionale e dall'obbligo di segretezza nei confronti dell'assicuratore. Inoltre, autorizzo SWICA a trasmettere la dichiarazione relativa allo stato di salute agli assicuratori competenti per le assicurazioni richieste allo scopo di verificare la proposta, e li autorizzo a comunicare a SWICA le relative decisioni. Prendo atto e mi dichiaro d'accordo con l'eventuale scambio dei miei dati all'interno dell'unità d'organizzazione dell'assicuratore competente nonché tra le società operanti nell'ambito assicurativo all'interno del Gruppo SWICA. La presente procura può essere revocata in qualsiasi momento dalla/dal sottoscritto/a. Questa proposta per un'assicurazione nuova o per una modifica assicurativa è considerata accettata nel momento in cui ricevo la polizza d'assicurazione o una conferma scritta.

Luogo/data**Firma del richiedente****Nome e firma del consulente**

Nome e indirizzo del datore di lavoro: