

Proposta per l'adesione all'Assicurazione collettiva di indennità giornaliera per malattia GastroSuisse

<input type="checkbox"/> Nuovo contratto	Coll. servizio esterno	<input type="text"/>	Holding 0030000
<input type="checkbox"/> Modifica d'assicurazione	Intermediario	<input type="text"/>	Classe di rischio GG
<input type="checkbox"/> Cambiamento d'assicurazione	Agente n.	<input type="text"/>	CGA edizione:
	DR/Agenzia	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Contraente d'assicurazione / titolare dell'esercizio

N. di conteggio AVS	<input type="text"/>
Cognome / nome	<input type="text"/>
Esercizio	<input type="text"/>
Via	<input type="text"/>
NPA, località	<input type="text"/>
Tel. / Cellulare	<input type="text"/>

Relazioni di pagamento

<input type="checkbox"/> Banca	IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conto n.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Posta	<input type="text"/>				
Nome della banca	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
NPA, località	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Indirizzo privato del titolare (se non è identico all'indirizzo dell'esercizio)

Cognome	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>
Via	<input type="text"/>
NPA, località	<input type="text"/>
Tel. / Cellulare	<input type="text"/>

Inizio dell'assicurazione

<input type="text"/>	Giorno	<input type="text"/>	Mese	<input type="text"/>	Anno
----------------------	--------	----------------------	------	----------------------	------

Durata del contratto

<input type="checkbox"/> 3 anni	<input type="checkbox"/> ____ anni
---------------------------------	------------------------------------

Persone / gruppi di persone da assicurare

Personale (dipendenti)	Somma salariale annua	Numero di persone	Periodo d'attesa	Tasso di premio	Premio
<input type="checkbox"/> Tutto il personale (escl. il titolare)	U <input type="text"/>	U <input type="text"/>	<input type="text"/>	U <input type="text"/>	U <input type="text"/>
	D <input type="text"/>	D <input type="text"/>	<input type="text"/>	D <input type="text"/>	D <input type="text"/>

Gruppi di persone con somme salariali annue concordate (necessaria la dichiarazione relativa allo stato di salute)

Titolari dell'esercizio in qualità di indipendenti, come pure loro coniugi e famigliari che lavorano nell'esercizio senza salario sottoposto all'AVS

Cognome, nome	Data di nascita			Salario annuo	Periodo d'attesa	Tasso di premio	Premio
	Giorno	Mese	Anno				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Famigliari che lavorano nell'azienda con salario in contanti (dipendenti)

Cognome, nome	Data di nascita			Salario annuo	Periodo d'attesa	Tasso di premio	Premio
	Giorno	Mese	Anno				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Azionisti unici o di maggioranza e soci con una quota maggioritaria sul capitale sociale (sagl) (dipendenti)

Cognome, nome	Data di nascita			Salario annuo	Periodo d'attesa	Tasso di premio	Premio
	Giorno	Mese	Anno				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Totale premio annuo presumibile:

Assicurazione preesistente

Esiste o esisteva un'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia

- per il personale da assicurare o per parte di esso? sì no
- per i titolari o per i famigliari da assicurare? sì no

Se sì: - presso quale assicuratore / cassa malati?

- Polizza n.
- Prestazioni
- Periodo d'attesa
- Tasso di premio

Questo contratto è stato sospeso o disdetto? sì no

Se sì: - quando e perché?

Ci sono dipendenti da assicurare che sono inabili al lavoro totalmente o parzialmente da più di 30 giorni o in gravidanza? sì no

Ci sono dipendenti che soffrono di una malattia o conseguenze d'infortunio per le quali si possa prevedere un'inabilità lavorativa parziale o totale di più di 30 giorni? sì no

Numero personale	Data di nascita	Inabilità lavorativa del	Durata probabile	Disdetta/ Pensionamento per il	Grado dell'inabilità lavorativa	Rendita AI accordata sì/no/Annuncio	Diagnosi	Salario annuo CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Osservazioni particolari

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Il proponente conferma di avere risposto a tutte le domande in modo completo e veritiero e che anche le risposte non scritte di suo pugno corrispondono esattamente alle sue indicazioni. Prende atto che, ai sensi dell'art. 6 della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA), SWICA ha il diritto di recedere dal contratto con effetto immediato in caso di informazioni inveritiere o incomplete. Con la firma della presente proposta il proponente conferma di aver ricevuto e di riconoscere come giuridicamente vincolanti le CGA e le eventuali condizioni complementari. Egli si dichiara vincolato alla proposta per 14 giorni - 4 settimane in caso di assicurazione con accertamenti medici - e si impegna al pagamento dei premi. Egli acconsente che SWICA trasmetta nella misura necessaria ad altri assicuratori dati provenienti dai documenti della proposta o dai successivi sviluppi del contratto. Inoltre SWICA può assumere informazioni da tali uffici. Questa autorizzazione non dipende dalla conclusione del contratto.

Luogo, data

Firma del proponente

Nome e firma del consulente

Allegati: Numero di dichiarazioni dello stato di salute

Numero agente

Direzione generale

SWICA
Organizzazione sanitaria
Direzione generale
Römerstrasse 38
8401 Winterthur
Tel. 052 244 22 33
Fax 052 244 22 90
swica@swica.ch

Direzioni regionali

SWICA
Organizzazione sanitaria
Direzione regionale Basilea
Aeschenplatz 2
4010 Basilea
Tel. 061 270 66 66
Fax 061 270 66 99
basel@swica.ch

SWICA
Organizzazione sanitaria
Direzione regionale Losanna
Boulevard de Grancy 39
1001 Losanna
Tel. 021 619 48 48
Fax 021 619 48 49
lausanne@swica.ch

SWICA
Organizzazione sanitaria
Direzione regionale Winterthur
Konradstrasse 15
8401 Winterthur
Tel. 052 224 58 58
Fax 052 224 58 59
winterthur@swica.ch

SWICA
Organizzazione sanitaria
Direzione regionale Bellinzona
Viale Stazione 28a
6500 Bellinzona
Tel. 091 821 45 45
Fax 091 821 45 46
bellinzona@swica.ch

SWICA
Organizzazione sanitaria
Direzione regionale Lucerna
Hirschmattstrasse 32
6003 Lucerna
Tel. 041 248 94 94
Fax 041 248 94 95
luzern@swica.ch

SWICA
Organizzazione sanitaria
Direzione regionale Zurigo
Zollstrasse 42
8031 Zurigo
Tel. 044 404 84 84
Fax 044 404 84 85
zuerich@swica.ch

SWICA
Organizzazione sanitaria
Direzione regionale Berna
Monbijoustrasse 16
3001 Berna
Tel. 031 388 11 44
Fax 031 388 11 55
bern@swica.ch

SWICA
Organizzazione sanitaria
Direzione regionale San Gallo
Teufener Strasse 5
9001 San Gallo
Tel. 071 499 64 64
Fax 071 499 64 65
stgallen@swica.ch