

Notifica / Dichiarazione dello stato di salute per l'assicurazione collettiva

Dati sul contraente

Nome _____ Contratto n. _____
Via, n. _____ Categoria _____
CAP, luogo _____

Dati personali

Cognome _____ Nome _____
Via, n. _____ Sesso maschile femminile
CAP, luogo _____ Stato civile celibe/nubile vedovo/a
Data di nascita _____ sposato/a in unione domestica
N. AVS _____ registrata
Attività prof. / Funzione _____ Data del matrimonio/della registrazione
Salario annuo AVS CHF _____ dell'unione domestica _____
(Salario calcolato per un anno completo) divorziato/a unione domestica sciolta
Grado d'occupazione _____ % Data del divorzio/scioglimento
dell'unione domestica _____
Lingua tedesco francese italiano
Persona/e a carico sì no
Assicur. LAINF sì no

Ragione della notifica

Modifica Entrata nella fondazione Aumento delle prestazioni Altro _____
Data di effetto _____

Rispondere soltanto in caso di entrata nella fondazione:

L'assunzione si basa su una riqualificazione dell'Assicurazione federale invalidità (AI)? sì no

Capacità al lavoro

La persona da assicurare è al momento e all'inizio dell'assicurazione pienamente abile al lavoro? sì no
Se no: Grado d'incapacità di lavoro _____ % Da quando? _____
Ha inoltrato una domanda di prestazioni presso un'assicurazione sociale (AI, AINF, AM) o un'altra assicurazione? (Se la decisione è disponibile, si prega di allegarla!) sì no
Se sì, presso chi? _____

La persona da assicurare e il contraente attestano l'esattezza e la completezza delle informazioni date.

Luogo e data _____ Firma della persona da assicurare _____ Firma del contraente _____

Importante: il retro deve essere compilato e firmato dalla persona da assicurare!

Dichiarazione di salute

1. Altezza _____ cm Peso _____ kg
2. Assume al momento medicinali o le sono stati prescritti? sì no
Se sì, dal _____ al _____ Quale e perché? _____
Dottore (Indirizzo esatto) _____
3. Consuma o ha consumato stupefacenti (droghe) o altre sostanze che inducono dipendenza? sì no
Se sì, dal _____ al _____ Quale? _____
4. Si è sottoposto/a ad un test per l'AIDS con risultato positivo o probabilmente positivo? sì no
Quando? _____
5. Soffre o ha sofferto negli ultimi 5 anni di malattie, disturbi o affezioni di tipo fisico, mentale o psichico? sì no
Soffre delle conseguenze dovute a un infortunio, a una malattia o a un'infermità?
Se sì, quali? _____

Genere di malattia / infortunio, infermità, trattamenti, esami	Dal	Al	Durata dell'incapac. di lavoro	Medico o ospedale Con indirizzo esatto e reparto

La Mobiliare si riserva il diritto di esaminare l'ammissione alle prestazioni assicurative contrattuali sulla base del rapporto medico.

Precedenti rapporti di previdenza (completare soltanto in caso di entrata nella fondazione)

- Esiste una **riserva** o un **sovrappremio** per ragioni di salute presso l'istituto di previdenza precedente? sì no
Se sì, da quando? _____ Motivo? _____
Istituto di previdenza precedente, incl. indirizzo _____

La preghiamo di allegarci il attestato di previdenza dell'istituto di previdenza del suo precedente datore di lavoro con le informazioni sulle prestazioni di decesso e di invalidità assicurate.

- In passato, i diritti a una prestazione di previdenza o il diritto a una prestazione di libero passaggio sono/è stati/o costituiti/o in pegno? sì no
Se sì, chi è il creditore? _____
- E' stato effettuato un prelievo anticipato totale o parziale sulla prestazione di libero passaggio? sì no
Quando? _____ CHF _____

Dichiarazioni sull'obbligo di dichiarare e sulla protezione dei dati

Dichiaro con la presente di aver risposto a tutte le domande di questo formulario in modo completo e veritiero. Sono consapevole che una violazione dell'obbligo di dichiarare può provocare la riduzione o il rifiuto delle prestazioni e che può essere richiesto il risarcimento di danni e interessi.

Firmando il presente formulario, autorizzo la Mobiliare ad elaborare i dati raccolti (ad es. nome, data di nascita, ecc.) allo scopo di esaminare il rischio, di gestire l'assicurazione collettiva, nonché di stabilire il diritto alle prestazioni. Inoltre, la Mobiliare ha il diritto di procurarsi presso l'assicuratore precedente o presso terzi, in special modo presso il personale medico e il relativo personale ausiliario, nonché presso autorità e assicurazioni sociali, tutte le informazioni necessarie riguardanti le prestazioni, vale a dire l'esame del rischio e la gestione dei casi che danno luogo a prestazioni. La Mobiliare è altresì autorizzata a procurarsi dati personali sensibili (dati in ambito medico) e i profili di personalità, nonché a consultare gli incarti ufficiali necessari alla valutazione del rischio e all'esame del diritto alle prestazioni. A tal fine, prosciolgo esplicitamente il personale medico e il relativo personale ausiliario dal loro segreto professionale.

Se la gestione dell'assicurazione collettiva o il trattamento del caso che genera prestazioni lo esige, autorizzo la Mobiliare a trasmettere dei dati personali, per la loro elaborazione, a terzi partecipanti al contratto in Svizzera e all'estero, in particolar modo a coassicuratori e riassicuratori, come pure a istituti di previdenza presso i quali sono o sono stata/o affiliata/o, nonché a società del Gruppo Mobiliare partecipanti all'adempimento dei rapporti assicurativi.

Luogo e data _____

Firma della persona da assicurare _____