

Proposta complementare per l'esame del rischio (questionario sullo stato di salute)

Contratto n°: _____

Polizza n°: _____

Ditta: _____

Via, n°: _____

NPA, Luogo: _____

Da compilare dalla persona da assicurare risp. dalla persona assicurata

Per favore riempire tutti i campi e tutte le due pagine e firmare.

1 Dati della persona assicurata

Cognome: _____ Nome: _____

Professione: _____ Descrizione della sua attività professionale: _____

Via, n°: _____ NPA, Luogo: _____

Telefono privato: _____ Telefono ufficio: _____

2 Dati relativi alla persona assicurata

Data di nascita: _____ Entrata in servizio dal datore di lavoro: _____

N° AVS: _____ Luogo d'origine (CH) o nazionalità (straniero): _____

Per stranieri: domiciliato in Svizzera da _____ anni

3 Indicazioni sullo stato di salute

3.1 Nome, indirizzo e n° di telefono del medico di famiglia: _____

3.2 Negli ultimi tre anni si è sottoposto ad una visita o ad un trattamento medico o ad un intervento chirurgico? Sì No

Se sì, perché? a) _____

Durata (dal - al)	Seguito risp. risultato degli esami	Nome e indirizzo del medico o ospedale
_____ - _____	_____	_____

Se sì, perché? b) _____

Durata (dal - al)	Seguito risp. risultato degli esami	Nome e indirizzo del medico o ospedale
_____ - _____	_____	_____

Se sì, perché? c) _____

Durata (dal - al)	Seguito risp. risultato degli esami	Nome e indirizzo del medico o ospedale
_____ - _____	_____	_____

Se sì, perché? d) _____

Durata (dal - al)	Seguito risp. risultato degli esami	Nome e indirizzo del medico o ospedale
_____ - _____	_____	_____

3.3 Accusa attualmente disturbi di salute o infermità o conseguenze in seguito ad un infortunio? Sì No

Se sì, quali? a) _____

Da:	Seguito risp. risultato degli esami	Nome e indirizzo del medico o dell'ospedale
_____	_____	_____

Se sì, quali? B) _____

Da:	Seguito risp. risultato degli esami	Nome e indirizzo del medico o dell'ospedale
_____	_____	_____

3.4 Prende regolarmente dei medicinali? Sì No
Se sì, quali (+dosaggio)? _____

3.5 La sua capacità al lavoro risp. di guadagno è limitata? Sì No
Se sì, dal - al _____ perché? _____ Grado in %?
_____ %
_____ %

3.6 Statura _____ cm Peso _____ kg

3.7 a) È stato effettuato un test HIV (AIDS)? Sì, quando? _____ No
b) Con quale risultato? neg. pos., indirizzo del medico/ospedale _____

Se non gode della piena capacità al lavoro risp. di guadagno prego risponda alle domande a-c

- a) Riceve, per questa incapacità al lavoro risp. di guadagno dovuta a malattia o infortunio, prestazioni da parte di un assicuratore malattia o infortuni? Sì No
- b) E' stato annunciato all'Assicurazione d'invalidità federale, ad un assicuratore LAINF (p.e. l'INSAI) o all'Assicurazione militare federale? Sì No
- Riceve prestazioni da parte di queste istituzioni? Sì No
- Esiste già una decisione? Sì No

Per favore voglia allegare copia delle decisioni, dei conteggi d'indennità giornaliera, ecc.

4 Ultima istituzione di previdenza

Presso quale datore di lavoro è stato assicurato ultimamente nell'ambito della previdenza professionale (Cassa pensione)?

_____ Data d'uscita? _____

Presso quale istituzione di previdenza risp. compagnia d'assicurazione? _____

Indirizzo: _____ Contratto n°: _____

5 Dichiarazione e autorizzazione della persona da assicurare

Con la firma apposta in calce alla presente dichiarazione confermo di avere risposto secondo coscienza a tutte le domande poste in questo documento. Firmando, mi assumo anche la responsabilità relativa a tutte le indicazioni fornite nelle eventuali risposte che sono state redatte da terzi.

Prendo atto che la Helvetia ha il diritto di disdire il contratto mediante dichiarazione scritta se sono stati taciuti o dichiarati inesattamente fatti rilevanti (art. 6 della Legge federale sul contratto d'assicurazione, LCA).

Autorizzo la Helvetia a trattare i dati necessari all'esame della proposta, all'amministrazione del contratto o all'espletamento di un caso assicurativo. Se necessario i dati possono essere trasmessi a terzi partecipanti al contratto in Svizzera e all'estero, in particolare ai coassicuratori e riassicuratori e alle società del gruppo Helvetia, ai fini della loro elaborazione. Autorizzo la Helvetia a richiedere informazioni

utili a medici, terapeuti, altro personale medico, istituzioni mediche, autorità, altre compagnie di assicurazioni e altre persone terze. Libero i medici, i terapeuti, il personale medico, le istituzioni mediche, le autorità, gli istituti di assicurazioni e le altre persone terze nonché il loro personale ausiliario dall'obbligo del segreto d'ufficio, professionale e contrattuale e li autorizzo a fornire alla Helvetia, ed in particolare al suo Servizio Medico, le informazioni necessarie alla verifica della mia domanda e all'espletamento del caso assicurativo. I dati contenuti nella proposta possono essere utilizzati dalle società del gruppo Helvetia e dalle loro società partner per presentare offerte dei loro servizi conformi alle necessità. La mia autorizzazione vale indipendentemente dalla stipulazione del presente contratto.

_____ Luogo, Data

_____ Firma della persona assicurata

La preghiamo di voler inviare il presente formulario all'indirizzo seguente:

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni sulla Vita SA, casella postale 3855, 4002 Basilea