

## 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? \_\_\_\_\_  
È stata ridotta o soppressa una rendita d'invalidità sulla base della revisione AI 6a?  sì  no

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 ausiliare 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 \_\_\_\_\_