

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

Dati sul contraente

Nome _____
 Contratto n. _____
 Categoria _____

Per le fondazioni collettive:
 nome del datore di lavoro affiliato _____

Dati personali

Nome/Cognome _____
 Via, n. _____
 CAP, luogo _____
 Data di nascita _____
 N. AVS _____
 Attività prof./Funzione _____
 Salario annuo AVS (Salario calcolato per un anno completo) CHF _____
 Grado d'occupazione _____ %

Sesso maschile femminile
Stato civile celibe/nubile
 vedovo/a
 sposato/a
 in unione domestica registrata

Data del matrimonio/della registrazione dell'unione domestica _____

Lingua tedesco francese italiano divorzio/a
 Persona/e a carico sì no unione domestica sciolta
 Assicur. LAINF sì no

Data del divorzio/scioglimento dell'unione domestica _____

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 totalmente o parzialmente inabile al lavoro? sì no

Se sì: 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

Se sì: Grado d'invalidità prima della riduzione _____ % Scadenza del termine di protezione di 3 anni _____

(Se la decisione AI è disponibile, si prega di allegarla)

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

Nome/Cognome _____

Data di nascita _____

Dichiarazione di salute

Non menzionare: tonsille, appendicite, influenza, raffreddori, orecchioni, morbillo, rosolia, varicella, prescrizione anticoncezionali, parti e controlli ginecologici con dei risultati normali.

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. Segue o ha seguito un trattamento legato alla consumazione di alcol o di droghe, o le è stato proposto o raccomandato di farlo? sì no

Se sì, quando _____ Durata _____ Quale? _____

4. Soffre o ha sofferto negli ultimi 5 anni di malattie, disturbi o affezioni di tipo fisico, mentale o psichico? Soffre delle conseguenze dovute a un infortunio, a una malattia o a un'infermità? Se sì, quali? sì no

Genere di malattia/infortunio, infermità, trattamenti, esami	Dal	Al	Durata dell'incapacità di lavoro	Medico, ospedale o specialista Con indirizzo esatto e reparto	Guarigione senza postumi? Sì/No
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

La fondazione 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 l'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 corrispondente alla verità. Sono consapevole che una violazione dell'obbligo di dichiarare può avere come conseguenza la riduzione o il rifiuto delle prestazioni e che può essere richiesto il risarcimento di danni e interessi. Firmando il presente formulario, autorizzo la fondazione rispettivamente la Mobiliare Svizzera Società d'assicurazioni sulla vita SA, Nyon (qui di seguito «la Mobiliare») ad elaborare i dati raccolti (ad es. nome, data di nascita, ecc.) allo scopo di esaminare il rischio, di adempiere al contratto d'assicurazione vita collettiva, nonché di stabilire il diritto alle prestazioni. Inoltre, la Mobiliare ha il diritto di procurarsi presso l'assicuratore precedente o presso terzi, in particolare presso il personale medico e il relativo personale ausiliario, le autorità, le assicurazioni sociali, come pure presso le istituzioni di previdenza alle quali sono o sono stato affiliato(a), tutte le informazioni utili concernenti lo svolgimento delle prestazioni, in particolare ai fini dell'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 profili di personalità, o di consultare gli incarti ufficiali necessari alla valutazione del rischio e all'esame del diritto alle prestazioni. A tal fine, proscioglio esplicitamente il personale medico e il relativo personale ausiliario dal loro segreto professionale. Se l'esecuzione del contratto d'assicurazione vita collettiva necessita il coordinamento con altri contratti con i quali sono pure assicurato presso la Mobiliare nell'ambito della previdenza professionale o, se la trattazione di un caso di prestazione lo esige, autorizzo la Mobiliare a trasmettere dati personali (compresi i dati particolarmente sensibili, quali i dati medici) in vista del loro trattamento, a terzi in Svizzera e all'estero, partecipanti al contratto d'assicurazione vita collettiva o a un altro contratto con il quale sono pure assicurato presso la Mobiliare nell'ambito della previdenza professionale, in particolare i 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 _____