

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

Datore di lavoro	n° contratto
-------------------------	---------------------

Dati personali

☐ Signor	☐ Signora
Cognome	Nome
Via	NPA, Località
Telefono	E-Mail
Data di nascita	n° assicurato

Attività prof. / Funzione	
Salario annuo AVS (salario rapportato all'intero anno solare)	CHF grado di occupazione (%)

Stato civile	☐ celibe/nubile	☐ coniugato/a	☐ vedovo/a	Data matrimonio / Registrazione convivenza	
	☐ separato/a	☐ divorziato/a		Data scioglimento convivenza / divorzio	
Unterstützungspflicht	☐ Sì	☐ No	Assicurato / a LAINF	☐ Sì	☐ No

Motivo iscrizione

☐ Affiliazione alla fondazione	☐ Miglioramento prestazioni
Par Data	
Da completare solo in caso di nuova affiliazione alla fondazione:	
L'assunzione avviene in base a una riquilibrata valutazione dell'Assicurazione federale per l'invalidità (AI)?	☐ Sì ☐ No

Capacità lavorativa

La persona da assicurare è attualmente e al momento dell'entrata in vigore dell'assicurazione totalmente in grado di svolgere un'attività	☐ Sì ☐ No
Se no, grado di incapacità lavorativa (%)	da quando?
Ha presentato richiesta di prestazioni presso un'assicurazione sociale (AI, AINF, AM) o presso un'altra assicurazione?	
(Se esiste una delibera, si prega di allegarla.)	☐ Sì ☐ No
Se sì, presso quale?	

Firme

La persona da assicurare e il contraente confermano l'esattezza e la completezza delle informazioni fornite.

Luogo, data	Firma della persona da assicurare

Nota bene: il retro deve essere compilato e firmato dalla persona da assicurare.

Luogo, data	Firma del datore di lavoro *

* Necessario solo se non vi è un'iscrizione separata

Dichiarazione dello stato di salute

1. Altezza in cm		Peso in kg	
2. Attualmente assume o le sono stati prescritti medicinali?	☐ Sì	☐ No	
Se sì, dal		al	
quali e perché?			
Medico (indirizzo esatto)			
3. Fa uso o ha mai fatto uso di stupefacenti (droghe) o sostanze che creano dipendenza?	☐ Sì	☐ No	
Se sì, dal		al	quali?
4. Si è sottoposto / a ad un test per l'AIDS con risultato positivo o probabilmente positivo?	☐ Sì	☐ No	
Se sì, quando?			
5. Negli ultimi 5 anni ha sofferto di malattie o disturbi fisici, mentali o psichici?	☐ Sì	☐ No	
Soffre di disturbi in seguito a un infortunio, una malattia o un'infermità?	☐ Sì	☐ No	
Se sì, di quali?			

Tipo di malattia / infortunio, infermità, trattamenti, esami	dal	al	Durata incapacità lavorativa	Medico od ospedale con indicazione esatta di indirizzo e reparto

La Mobiliare* si riserva il diritto di esaminare l'ammissione alle prestazioni assicurative previste dal contratto in base a un referto medico.

Situazione previdenziale fin no ad ora (da completare solo in caso di nuova affiliazione alla fondazione)

Il precedente istituto di previdenza prevedeva una riserva o un premio supplementare per motivi di salute?	☐ Sì	☐ No
Se sì, da quando?		Motivo
Istituto di previdenza precedente incl. indirizzo		

Si prega di allegare il certificato di previdenza dell'istituto di previdenza precedente con l'indicazione delle prestazioni

In passato sono stati costituiti in pegno diritti a prestazioni di previdenza o il diritto alla prestazione di libero passaggio?	☐ Sì	☐ No
Se sì, chi è il creditore pignoratizio?		
La prestazione di libero passaggio è stata prelevata anticipatamente, del tutto o in parte?	☐ Sì	☐ No
Se sì, quando?		CHF

Dichiarazione relativa all'obbligo di notifica e alla protezione dei dati

Con la presente dichiaro di aver risposto completamente e in modo veritiero a tutte le domande del modulo. Sono consapevole del fatto che una violazione dell'obbligo di notifica può comportare la riduzione o il rifiuto delle prestazioni e che si possono far valere diritti di indennizzo. Apponendo la firma alla presente domanda accetto che Tellco pk e i suoi fornitori di servizi, in alternativa la Mobiliare* elabori i dati necessari all'esame della richiesta, alla realizzazione dell'assicurazione collettiva e alla valutazione dei diritti di prestazione (ad es. nome, data di nascita ecc.). La Mobiliare è autorizzata a richiedere all'assicuratore precedente o a terzi, in particolare a personale medico e ai loro assistenti, ad autorità o assicurazioni sociali informazioni specifiche che relative alla precedente situazione previdenziale, in particolare al fine di accertare i rischi e gestire i casi di prestazione. Laddove ciò sia necessario alla valutazione dei rischi e per la determinazione dei diritti alle prestazioni, l'autorizzazione si estende anche alla richiesta di dati personali particolarmente delicati (quali i dati relativi allo stato di salute) e profili della personalità o alla presa in visione di atti d'ufficio. A tale scopo libero espressamente il personale medico e i relativi assistenti dall'obbligo di segretezza. Qualora sia necessario ai fini della realizzazione dell'assicurazione collettiva o per l'elaborazione delle prestazioni, accetto che la Mobiliare renda noti dati personali a terzi coinvolti nel contratto, in patria e all'estero, in particolare a coassicuratori e riassicuratori, come pure a istituti di previdenza ai quali ero o sono affiliato / a e alle società del Gruppo Mobiliare che partecipano alla realizzazione del rapporto assicurativo.

*La Mobiliare è riassicuratore della Tellco pk.

Firme

Luogo, data	Firma della persona da assicurare