

Annuncio all'assicurazione al di fuori della LPP

Contratto no

Da compilare dallo stipulante (Fondazione) risp. datore di lavoro

1. a) Cognome

b) Nome

c) Data di nascita (giorno, mese, anno)

d) Sesso maschile femminile

e) Stato civile

La persona da assicurare è sposata? sì, dal (data): no

La persona da assicurare vive in un'unione domestica registrata? sì, dal (data): no

f) Se non sposato, esistono obblighi legali di mantenimento? sì no

g) Professione esercitata/mansioni

h) Indirizzo: Via, numero

CAP, domicilio

i) Attuale No AVS: [][][][]-[][][][]-[][][][][][][] Nuovo No AVS: [][][][]-[][][][]-[][][][][][][]

k) Lingua per i documenti d'assicurazione: tedesco francese italiano inglese

2. a) La persona da assicurare è interamente abile al lavoro? sì no, motivo:

b) Riceve prestazioni da parte dell'AI, AM o secondo la LAINF e/o da un'Istituzione di previdenza per il personale oppure è in corso una richiesta di prestazioni da una di queste assicurazioni sociali? no sì (In caso affermativo, allegare copia della relativa decisione)

3. a) Data di entrata in servizio (giorno, mese, anno)

b) Inizio d'assicurazione (1^o di un mese)

c) Salario annuo da assicurare CHF

4. a) Prestazione d'uscita extra-obbligatoria da computare (prestazione di libero passaggio) CHF

b) Nome ed indirizzo della precedente Istituzione di previdenza: (nel caso fossero disponibili prestazioni d'uscita extra-obbligatorie, vi invitiamo ad allegare al presente formulario d'annuncio una copia del conteggio inerente le prestazioni d'uscita)

Luogo e data

Timbro e firma dello stipulante (Fondazione) risp. datore di lavoro

....., il

Vi preghiamo di inviarci ulteriori moduli d'annuncio

Da riempire dalla persona da assicurare

Tratti o altri segni in luogo delle parole non sono ammessi

- 6. a) Ritenete di essere attualmente perfettamente sano?
- b) Soffrite attualmente di una malattia o delle conseguenze di una malattia, operazione o infortunio?
- (in caso affermativo, indicare esattamente da quando, nome e indirizzo del medico curante)
- c) Negli ultimi 5 anni avete dovuto interrompere il lavoro, durante un periodo di più di 4 settimane consecutive, per motivi di salute?
- d) Quali malattie od operazioni avete subito durante gli ultimi 10 anni?
- (Indicazioni esatte, data, nome e indirizzo del medico curante)
- e) Siete afflitto da un'infermità fisica? (in caso affermativo: da quale?)
- f) E' già stato ricoverato in sanatorio o ha effettuato altre cure?
- (se sì, quali e quando?)

- 7. Chi è il vostro medico di famiglia?
- (nome e indirizzo esatto)

- 8. a) Che statura avete?
- b) Qual è il vostro peso? a) cm b) kg

- 9. Era assicurato presso un'Istituzione di previdenza precedente con una riserva per quanto riguarda la salute (esclusione, limitazione o aggravamento della prestazione, aumento dei premi)?
- (In caso affermativo, la invitiamo ad indicare la data inerente la riserva nell'ambito della salute)

Conferma

(di seguito, il termine «Basilese» è utilizzato per indicare la Basilese Assicurazione SA, la Basilese Vita SA, la Bâloise-Fondazione collettiva per la previdenza extraobbligatoria e la Fondazione collettiva Trigona per la previdenza professionale).

Confermo di aver compreso tutte le domande e di aver risposto in modo completo e veritiero. Prendo atto inoltre, che fino alla conclusione dell'esame del rischio, deve essere comunicato ogni cambiamento di salute. Sono a conoscenza del fatto che, in caso di risposte incomplete e non veritiere, la copertura assicurativa può essere ridotta o rifiutata, questo anche nel caso in cui le risposte siano state scritte da un'altra persona (art. 4 ss. LCA).

Autorizzo la Basilese a utilizzare i dati necessari ai fini della valutazione della proposta, della gestione del contratto (compresa l'eventuale erogazione di prestazioni) e ai fini di una costante ottimizzazione delle prestazioni commerciali. In particolare, la Basilese è autorizzata a:

- trasmettere i dati a riassicuratori e coassicuratori, ad altri coinvolti, in Svizzera e all'estero, nonché alle società della Basilese che si occupano dell'elaborazione dei dati;
- reperire informazioni utili presso fornitori di prestazioni mediche (medici, chiropratici, psicologi, persone che forniscono cure su prescrizione o indicazione medica, laboratori, ospedali, istituti che effettuano cure semiospedaliere o ambulatorie, case di cura), assicuratori sociali (AVS, AI, LAINF, LAMal) e privati, istituti di previdenza, uffici pubblici, datori di lavoro e terzi, e consultare la documentazione in possesso di tali istituzioni o soggetti;
- trasmettere dati personali, inclusi quelli relativi alla salute, ad altri rami all'interno della Basilese a fini di controllo delle proposte di assicurazione presentate in quei rami stessi.

Il presente consenso è valido indipendentemente dal perfezionamento del contratto assicurativo.

Le società appartenenti alla Basilese ed elencate all'inizio si concedono reciprocamente, e permettono anche alla Baloise Bank SoBa AG e alla Baloise Asset Management Svizzera SA, l'accesso ai dati di base del contratto. Tali dati potranno essere utilizzati anche per finalità di marketing all'interno delle società del gruppo. Prendo atto del mio diritto di comunicare alla Basilese il rifiuto di qualsiasi tipo di pubblicità (Basilese Assicurazione SA, Servizio clientela, Aeschengraben 21, Casella postale 2275, 4002 Basilea).

Prendo inoltre atto del mio diritto di richiedere alla Basilese le informazioni previste dalla legge in merito all'elaborazione dei dati che mi riguardano.

Luogo e data

Firma della persona da assicurare

....., il

P. f. Lasciare in bianco

Abbreviazioni

LPP Legge federale sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità

AI Assicurazione invalidità federale

AM Assicurazione militare

LAINF Legge federale sull'assicurazione infortuni