

## Dichiarazione di salute all'attenzione del servizio medico della Basilese

**Datore di lavoro / Fondazione** .....

**Numero dell'assicurato**  
(se è già assicurato)

**Numero del contratto**  
(qualora la previdenza professionale sia esistente)

.....

.....

### A. Dati personali

- 1) Cognome e nome .....
- 2) Data di nascita (giorno, mese, anno) .....
- 3) Professione esercitata, posizione professionale .....

### B. Dati relativi alla persona

1. a) Altezza, cm ..... b) Peso, kg .....

2. Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per un periodo lungo più di 3 settimane consecutive per motivi di salute?  sì  no

In caso affermativo, indicare esattamente:

Genere della malattia / dell'infortunio	Anno	Durata dell'interruzione del lavoro dal al	Medico, ospedale, (reparto), con indirizzo esatto

3. Ritiene di essere attualmente sano/a?  sì  no  
In caso negativo per quale motivo?

.....

4. È afflitta da un'infermità fisica?  sì  no  
In caso affermativo da quale?

.....

5. Ha fatto lungo uso di medicinali? In caso affermativo indicare esattamente quali? quando? quante volte?  sì  no

.....

.....

6. Negli ultimi 10 anni è stato curato/a in sanatori dietro prescrizione medica?  sì  no  
In caso affermativo: che tipo di cura? quando? dove?

.....

.....

7. Chi è il suo medico di famiglia? **Nome** .....  
**Indirizzo** .....

.....

**Voltare pagina!**

**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 obbligatoria, la Bâloise-Fondazione collettiva per la previdenza extraobbligatoria, la Fondazione collettiva Trigona per la previdenza professionale e la Fondazione collettiva Perspectiva 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 .....

---