



tellico

Previdenza. Banca. Immobili.

Tellico Pensionsinvest

Bahnhofstrasse 4

Postfach 713

CH-6431 Schwyz

t +41 58 442 61 00

pensionsinvest@tellico.ch

tellico.ch

Dichiarazione dello stato di salute per l'assicurazione collettiva

Datore di lavoro **n° contratto**

Dati personali

Signor Signora

Cognome Nome

Via NPA, Località

Data di nascita n° assicurato

Attività prof./Funzione

Salario annuo AVS (Salario calcolato per un anno completo) CHF Grado d'occupazione (%)

Stato civile celibe/nubile sposato/a vedovo/a separato divorziato/a

Data del matrimonio/della registrazione dell'unione domestica

Data del divorzio/scioglimento dell'unione domestica

Persona/e a carico Sì No Assicur. LAINF Sì No

Ragione della notifica

Modifica Entrata nella fondazione Aumento delle prestazioni

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?

La persona da assicurare e il contraente attestano l'esattezza e la completezza delle informazioni date.

Luogo, data Firma della persona da assicurare

Importante: il retro deve essere compilato e firmato dalla persona da assicurare!



tellico

Previdenza. Banca. Immobili.

Tellico Pensinvest

Bahnhofstrasse 4

Postfach 713

CH-6431 Schwyz

t +41 58 442 61 00

pensinvest@tellico.ch

tellico.ch

Dichiarazione di salute

1. Altezza in cm Peso in 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
 Se sì, quando?
5. 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? Sì No
 Se sì, quali?

Genere di malattia/infortunio, infermità, trattamenti, esami	Dal	Al	Durata dell'in-capac. di lavoro	Medico o ospedale Con indirizzo esatto e reparto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Il riassicuratore 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
 Se sì, 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 il riassicuratore 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, il riassicuratore 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. Il riassicuratore 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, proscioglio esplicitamente il personale medico e il relativo personale ausiliario dal loro segreto professionale. Se la gestione dell'assicurazione collettiva o il trattamento del caso che genera prestazioni lo esige, autorizzo il riassicuratore 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 il riassicuratore partecipanti all'adempimento dei rapporti assicurativi.

Luogo, data

Firma della persona da assicurare