

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO STATO DI SALUTE.

Si prega di contrassegnare le caselle appropriate .

A. PERSONA DA ASSICURARE

Cognome

Nome

Data di nascita

(giorno/mese/anno)

Sesso

maschile

femminile

Nazionalità

Via/n.

NPA/Luogo

Telefono
(raggiungibile durante il giorno)

E-mail

Attività professionale

Nome azienda/
datore di lavoro

B. DOMANDE SULLO STATO DI SALUTE

Importante: Se si risponde «sì» alle domande 4–17, bisogna fornire indicazioni dettagliate alla rubrica «C».

Nome e indirizzo del medico che conosce più a fondo la sua storia clinica.

Ambulatorio/Ospedale

Nome

Via/n.

NPA/Luogo

- | | | | | | |
|---|--|------------------|-----------------------------|----|----|
| 1. Si sente perfettamente sana/o? | | | | Si | No |
| 2. Statura, Peso | cm | kg | | | |
| 3. Si è già sottoposta/o a un test HIV/epatite (epatite B, C)? | | | | Si | No |
| | HIV positivo | HIV negativo | nessun test effettuato | | |
| | epatite positivo | epatite negativo | nessun test effettuato | | |
| 4. Per donne: è incinta o ha partorito negli ultimi sei mesi? | | | | Si | No |
| | Se sì: termine previsto per il parto | | Peso prima della gravidanza | kg | |
| 5. Alcune sue proposte sono già state respinte o rinviate da SWICA o altri assicuratori, oppure accettate a condizioni aggravate? | | | | Si | No |
| | (ad es. esclusione dalla copertura, supplemento di rischio, aumento del premio, rifiuto della proposta) | | | | |
| | Se sì, perché e sulla base di quale diagnosi? (Per favore, indichi informazioni dettagliate alla rubrica «D».) | | | | |
| 6. Negli ultimi 12 mesi, è stata/o sottoposta/o o è attualmente sottoposta/o a un trattamento/controllo/accertamento o ha intenzione di sottoporsi a un trattamento o le è stato raccomandato un trattamento, che però non ha effettuato? | | | | Si | No |
| | In caso affermativo, quali? | | | | |
| | (ad es. trattamenti/controlli/accertamenti/procedimenti medici, estetici, di chirurgia estetica, pedagogia curativa, psichiatria, prevenzione, psicologia, odontoiatria, fisioterapia o medicina complementare/alternativa ecc.) | | | | |

Cognome

Nome

Data di nascita

(giorno/mese/anno)

7. Soffre o ha sofferto negli ultimi 10 anni di malattie/disturbi/sintomi o questi ultimi le sono stati diagnosticati da un medico e/o sono stati trattati con una terapia? In caso affermativo, quali? Sì No
(ad es. malattia o disturbo delle vie respiratorie, degli organi respiratori; del cuore, dei vasi sanguigni o del sistema cardiocircolatorio; del sistema nervoso o della psiche; degli organi digestivi; dei reni; degli organi urinari o genitali; della pelle o allergie; dei muscoli, delle ossa, delle articolazioni o della colonna vertebrale; del metabolismo, del sangue o malattie infettive; degli organi sensoriali [occhi, orecchie, naso]; tumori o cancro; problemi di peso; altre malattie, infortunio, disintossicazione da sostanze stupefacenti o malformazioni ecc.)
8. Ha mai sofferto di un tumore, di un'ernia del disco, di una malattia mentale o di una malattia cardiovascolare? Sì No
In caso affermativo, specificare p.f.
(come malattie cardiache, infarto, embolia polmonare, malattie vascolari, ictus, tumori, depressione ecc.)
9. Ha soggiornato (o soggiorna) in un ospedale, in una clinica specialistica, in un sanatorio o in una casa di cura, oppure ha seguito una cura di disintossicazione? Sì No
10. Ha mai subito o le è mai stato consigliato un intervento in regime ambulatoriale/stazionario? Sì No
Se sì, le è stato inserito un impianto o un corpo estraneo? Sì No
(placche, viti, protesi, protesi mammarie, protesi articolari, anello gastrico, stent ecc.)
Quale e dove? permanente rimosso da rimuovere
Quando è stato inserito il materiale alloplastico?
11. Esistono conseguenze di una malattia, di un infortunio oppure predisposizioni a determinate malattie accertate da un medico? Soffre di danni dovuti al parto o di malformazioni congenite? Sì No
12. Assume regolarmente o negli ultimi dieci anni ha assunto regolarmente medicinali? Sì No
Nome del medicamento Quantità al giorno Durata dal ... al ... Malattia/disturbo
(denominazione esatta)
13. Fa uso e/o ha fatto mai regolarmente uso di nicotina, alcool, droghe o sostanze analoghe? Sì No
Nicotina Alcool Droghe
(ad es, e-sigarette, shishas, snus, pipa) (1 unità = 1 dl vino, 3 dl birra o 4 cl superalcolici) (cannabis, marijuana, canapa e hashish, crack, ecstasy, allucinogeni, eroina, cocaina, LSD, oppiacei, speed, altri)
Quale sostanza/genere? Quantità/unità ecc. al giorno/settimana/mese/anno Durata dal ... al ...
14. Ha già subito degli infortuni? Sì No
Se sì, le lesioni subite a causa degli infortuni sono guarite completamente? Sì No
Sussistono conseguenze che potrebbero rendere necessaria una terapia? Sì No
Presso chi era assicurata/o contro le conseguenze di questo infortunio?
15. La sua capacità di guadagno o di lavoro è attualmente limitata? Sì No
16. Si è già verificata un'incapacità di guadagno o di lavoro, parziale o totale, di durata superiore a 14 giorni? Sì No
17. Beneficia o ha beneficiato di prestazioni assicurative dell'assicurazione infortuni, militare o invalidità, cassa pensione (LPP) risp. da un'assicurazione privata? Oppure si è annunciata/o per tali assicurazioni? Sì No
(Se disponibile, p.f. allegare la decisione.)

Cognome

Nome

Data di nascita

(giorno/mese/anno)

C. INDICAZIONI SUPPLEMENTARI RELATIVE ALLE DOMANDE 4-17

Per evitare di doverci fornire ulteriori chiarimenti in futuro, la preghiamo di indicare informazioni dettagliate.

Domanda n. (rubrica B) Per favore, indichi la diagnosi **precisa**, la malattia esatta e la parte del corpo interessata:

Quale lato del corpo è interessato? (se è possibile indicarlo)	Sinistro	Destro	Inizio		
È guarita/o completamente/senza conseguenze?				Si	No
Permangono dolori o si sta sottoponendo a ulteriori trattamenti?				Si	No
Se no: data dell'ultimo trattamento					
Medico curante					
Ambulatorio/Ospedale				Nome	
Via/n.				NPA/Luogo	

Domanda n. (rubrica B) Per favore, indichi la diagnosi **precisa**, la malattia esatta e la parte del corpo interessata:

Quale lato del corpo è interessato? (se è possibile indicarlo)	Sinistro	Destro	Inizio		
È guarita/o completamente/senza conseguenze?				Si	No
Permangono dolori o si sta sottoponendo a ulteriori trattamenti?				Si	No
Se no: data dell'ultimo trattamento					
Medico curante					
Ambulatorio/Ospedale				Nome	
Via/n.				NPA/Luogo	

Domanda n. (rubrica B) Per favore, indichi la diagnosi **precisa**, la malattia esatta e la parte del corpo interessata:

Quale lato del corpo è interessato? (se è possibile indicarlo)	Sinistro	Destro	Inizio		
È guarita/o completamente/senza conseguenze?				Si	No
Permangono dolori o si sta sottoponendo a ulteriori trattamenti?				Si	No
Se no: data dell'ultimo trattamento					
Medico curante					
Ambulatorio/Ospedale				Nome	
Via/n.				NPA/Luogo	

Domanda n. (rubrica B) Per favore, indichi la diagnosi **precisa**, la malattia esatta e la parte del corpo interessata:

Quale lato del corpo è interessato? (se è possibile indicarlo)	Sinistro	Destro	Inizio		
È guarita/o completamente/senza conseguenze?				Si	No
Permangono dolori o si sta sottoponendo a ulteriori trattamenti?				Si	No
Se no: data dell'ultimo trattamento					
Medico curante					
Ambulatorio/Ospedale				Nome	
Via/n.				NPA/Luogo	

Cognome

Nome

Data di nascita

(giorno/mese/anno)

D. OSSERVAZIONI PARTICOLARI

Per l'indicazione di ulteriori diagnosi o interventi la preghiamo di utilizzare il foglio allegato «Domande sullo stato di salute».

E. DICHIARAZIONE DELLA/DEL SOTTOSCRITTA/O

Con la presente confermo di avere risposto in modo veritiero e completo a tutte le domande e che anche le risposte non scritte di mio pugno corrispondono esattamente alle mie indicazioni. Sono cosciente del fatto che se le dichiarazioni relative allo stato di salute risp. all'anamnesi sono incomplete o non corrispondenti al vero SWICA ha il diritto di ridurre o rifiutare le prestazioni, oppure di esigerne la restituzione, di applicare una riserva con effetto retroattivo oppure di ordinare l'esclusione dalla copertura o di disdire l'assicurazione mediante recesso con effetto immediato. Sottoscrivendo la presente proposta confermo di avere ricevuto le Condizioni generali d'assicurazione e le Condizioni Complementari e di riconoscerne la validità legale. Nell'ambito della verifica della presente proposta, come pure del controllo di eventuali violazioni dell'obbligo di denuncia, autorizzo SWICA e i suoi partner assicurativi a richiedere a tutto il personale medico e/o medico-terapeutico, come pure ad altri assicuratori nonché a società operanti nell'ambito assicurativo all'interno del Gruppo SWICA, le informazioni necessarie ai fini della valutazione del rischio per la copertura assicurativa proposta, e libero espressamente questi ultimi dal segreto professionale e dall'obbligo di segretezza nei confronti dell'assicuratore. Inoltre, autorizzo SWICA a trasmettere la dichiarazione relativa allo stato di salute agli assicuratori competenti per le assicurazioni richieste allo scopo di verificare la proposta, e li autorizzo a comunicare a SWICA le relative decisioni. Prendo atto e mi dichiaro d'accordo con l'eventuale scambio dei miei dati all'interno dell'unità d'organizzazione dell'assicuratore competente nonché tra le società operanti nell'ambito assicurativo all'interno del Gruppo SWICA. La presente procura può essere revocata in qualsiasi momento dalla/dal sottoscritta/o. Questa proposta per un'assicurazione nuova o per una modifica assicurativa è considerata accettata nel momento in cui ricevo la polizza d'assicurazione o una conferma scritta.

Luogo/data

Firma del/della proponente/representante legale

Nome e firma del/della consulente

A VOSTRA DISPOSIZIONE 24 ORE SU 24, 365 GIORNI ALL'ANNO.

Telefono 0800 80 90 80 / swica.ch

