

PERSONE/GRUPPI DI PERSONE DA ASSICURARE

Personale (dipendenti)	Somma salariale annua	Numero di persone	Periodo d'attesa	Tasso di premio	Premio
Tutto il personale (escl. il/la titolare)	U				
	D				

Gruppi di persone con somme salariali annue concordate (necessaria la dichiarazione relativa allo stato di salute)

Titolari dell'esercizio in qualità di indipendenti, come pure loro coniugi e famigliari che lavorano nell'esercizio senza salario sottoposto all'AVS

Cognome/nome	Data di nascita (giorno/mese/anno)	Salario annuo	Periodo d'attesa	Tasso di premio	Premio
--------------	------------------------------------	---------------	------------------	-----------------	--------

Famigliari che lavorano nell'azienda con salario in contanti (dipendenti)

Cognome/nome	Data di nascita (giorno/mese/anno)	Salario annuo	Periodo d'attesa	Tasso di premio	Premio
--------------	------------------------------------	---------------	------------------	-----------------	--------

Azionisti unici/azioniste uniche o di maggioranza e soci/socie con una quota maggioritaria sul capitale sociale (sagl) (dipendenti)

Cognome/nome	Data di nascita (giorno/mese/anno)	Salario annuo	Periodo d'attesa	Tasso di premio	Premio
--------------	------------------------------------	---------------	------------------	-----------------	--------

Totale premio annuo presumibile

ASSICURAZIONE PREESISTENTE

Esiste o esisteva un'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia?

Per il personale da assicurare o per parte di esso? Sì No

Per i titolari o per i familiari da assicurare? Sì No

Se sì:

Presso quale assicuratore/cassa malati?

Polizza n.

Prestazioni

Periodo d'attesa

Tasso di premio

Questo contratto è stato sospeso o disdetto? Sì No

Se sì:

Quando e perché?

Ci sono dipendenti da assicurare che sono inabili al lavoro totalmente o parzialmente da più di 30 giorni o in gravidanza? Sì No

Ci sono dipendenti che soffrono di una malattia o conseguenze d'infortunio per le quali si possa prevedere un'inabilità lavorativa parziale o totale di più di 30 giorni? Sì No

Numero personale	Data di nascita	Inabilità lavorativa del	Durata probabile	Disdetta/ Pensionamento per il	Grado dell'inabilità lavorativa	Rendita AI accordata Sì/No/Annuncio	Diagnosi	Salario annuo CHF
------------------	-----------------	--------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--	----------	----------------------

OSSERVAZIONI PARTICOLARI:

Il/La proponente conferma di avere risposto a tutte le domande in modo completo e veritiero e che anche le risposte non scritte di suo pugno corrispondono esattamente alle sue indicazioni. Prende atto che, ai sensi dell'art. 6 della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA), SWICA ha il diritto di recedere dal contratto con effetto immediato in caso di informazioni inveritiere o incomplete. Con la firma della presente proposta il/La proponente conferma di aver ricevuto e di riconoscere come giuridicamente vincolanti le CGA e le eventuali condizioni complementari. Egli/Ella si dichiara vincolato/a alla proposta per 14 giorni – quattro settimane in caso di assicurazione con accertamenti medici – e si impegna al pagamento dei premi. Egli/Ella acconsente che SWICA trasmetta nella misura necessaria ad altri assicuratori dati provenienti dai documenti della proposta o dai successivi sviluppi del contratto. Inoltre SWICA può assumere informazioni da tali uffici. Questa autorizzazione non dipende dalla conclusione del contratto.

Luogo/data

Firma del/della proponente/representante legale

Nome e firma del/della consulente

Allegati:

Numero di dichiarazioni dello stato di salute

Numero agente

I VOSTRI INTERLOCUTORI: DISPONIBILI NELLA VOSTRA REGIONE.

SWICA ORGANIZZAZIONE SANITARIA

DIREZIONE GENERALE

Römerstrasse 38
8401 Winterthur
Tel. 052 244 22 33
swica@swica.ch

DIREZIONE REGIONALE

BASILEA

Aeschenvorstadt 56
4010 Basilea
Tel. 061 270 66 66
basel@swica.ch

DIREZIONE REGIONALE

BELLINZONA

Viale Stazione 28a
6500 Bellinzona
Tel. 091 821 45 45
bellinzona@swica.ch

DIREZIONE REGIONALE

BERNA

Monbijoustrasse 16
3001 Berna
Tel. 031 388 11 44
bern@swica.ch

DIREZIONE REGIONALE

LOSANNA

Boulevard de Grancy 39
1001 Losanna
Tel. 021 619 48 48
lausanne@swica.ch

DIREZIONE REGIONALE

LUCERNA

Hirschmattstrasse 32
6003 Lucerna
Tel. 041 248 94 94
luzern@swica.ch

DIREZIONE REGIONALE

SAN GALLO

Teufener Strasse 5
9001 San Gallo
Tel. 071 499 64 64
stgallen@swica.ch

DIREZIONE REGIONALE

WINTERTHUR

Konradstrasse 15
8401 Winterthur
Tel. 052 224 58 58
winterthur@swica.ch

DIREZIONE REGIONALE

ZURIGO

Zollstrasse 42
8031 Zurigo
Tel. 044 404 84 84
zuerich@swica.ch

GASTROSOCIAL CASSA DI COMPENSAZIONE

SEDE PRINCIPALE

Buchserstrasse 1
5001 Aarau
Tel. 062 837 71 71

AGENZIA TICINO

Via Gemmo 11
6900 Lugano
Tel. 091 960 30 00

info@gastrosocial.ch