

## Notifica / Dichiarazione dello stato di salute per l'assicurazione collettiva sulla vita

**Datore di lavoro**  **n° contratto**

### Dati personali

Signor  Signora

Cognome  Nome

Via  NPA, Località

Telefono  E-Mail

Data di nascita  n° assicurato

Attività prof. / Funzione

Salario annuo AVS (salario rapportato all'intero anno solare) CHF  grado di occupazione (%)

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

Data matrimonio / Registrazione convivenza

Data scioglimento convivenza / divorzio

Obbligo di assistenza  Sì  No

Assicurato / a LAINF  Sì  No

### Motivo iscrizione

Affiliazione alla fondazione  Miglioramento prestazioni

Par Data

Da completare solo in caso di nuova affiliazione alla fondazione:

L'assunzione avviene in base a una riqualificazione dell'Assicurazione federale per l'invalidità (AI)?  Sì  No

### Capacità lavorativa

La persona da assicurare è attualmente e al momento dell'entrata in vigore dell'assicurazione totalmente in grado di svolgere un'attività lavorativa?  Sì  No

Se no, grado di incapacità lavorativa (%)  da quando?

Ha presentato richiesta di prestazioni presso un'assicurazione sociale (AI, AINF, AM) o presso un'altra assicurazione? (Se esiste una delibera, si prega di allegarla.)  Sì  No

Se sì, presso quale?

La persona da assicurare e il contraente confermano l'esattezza e la completezza delle informazioni fornite.

Luogo, data  Firma della persona da assicurare

### Nota bene: il retro deve essere compilato e firmato dalla persona da assicurare.

Luogo, data  Firma del datore di lavoro \*

\* Necessario solo se non vi è un'iscrizione separata

**Dichiarazione dello stato di salute**

1. Altezza in cm  Peso in kg
2. Attualmente assume o le sono stati prescritti medicinali?  Sì  No  
 Se sì, dal  al   
 quali e perché?   
 Medico (indirizzo esatto)
3. Fa uso o ha mai fatto uso di stupefacenti (droghe) o sostanze che creano dipendenza?  Sì  No  
 Se sì, dal  al  quali?
4. Si è sottoposto / a ad un test per l'AIDS con risultato positivo o probabilmente positivo?  Sì  No  
 Se sì, quando?
5. Negli ultimi 5 anni ha sofferto di malattie o disturbi fisici, mentali o psichici?  
 Soffre di disturbi in seguito a un infortunio, una malattia o un'infermità?  Sì  No  
 Se sì, di quali?

Tipo di malattia / infortunio, infermità, trattamenti, esami	dal	al	Durata incapacità lavorativa	Medico od ospedale con indicazione esatta di indirizzo 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"/>

La Mobiliare\* si riserva il diritto di esaminare l'ammissione alle prestazioni assicurative previste dal contratto in base a un referto medico.

**Situazione previdenziale fino ad ora** (da completare solo in caso di nuova affiliazione alla fondazione)

- Il precedente istituto di previdenza prevedeva una riserva o un premio supplementare per motivi di salute?  Sì  No  
 Se sì, da quando?  Motivo   
 Istituto di previdenza precedente incl. indirizzo

**Si prega di allegare il certificato di previdenza dell'istituto di previdenza precedente con l'indicazione delle prestazioni**

- In passato sono stati costituiti in pegno diritti a prestazioni di previdenza o il diritto alla prestazione di libero passaggio?  Sì  No  
 Se sì, chi è il creditore pignoratorio?
- La prestazione di libero passaggio è stata prelevata anticipatamente, del tutto o in parte?  Sì  No  
 Se sì, quando?  CHF

**Dichiarazione relativa all'obbligo di notifica e alla protezione dei dati**

Con la presente dichiaro di aver risposto completamente e in modo veritiero a tutte le domande del modulo. Sono consapevole del fatto che una violazione dell'obbligo di notifica può comportare la riduzione o il rifiuto delle prestazioni e che si possono far valere diritti di indennizzo. Apponendo la firma alla presente domanda accetto che Tellico pk e i suoi fornitori di servizi, in alternativa la Mobiliare\* elabori i dati necessari all'esame della richiesta, alla realizzazione dell'assicurazione collettiva e alla valutazione dei diritti di prestazione (ad es. nome, data di nascita ecc.). La Mobiliare è autorizzata a richiedere all'assicuratore precedente o a terzi, in particolare a personale medico e ai loro assistenti, ad autorità o assicurazioni sociali informazioni specifiche relative alla precedente situazione previdenziale, in particolare al fine di accertare i rischi e gestire i casi di prestazione. Laddove ciò sia necessario alla valutazione dei rischi e per la determinazione dei diritti alle prestazioni, l'autorizzazione si estende anche alla richiesta di dati personali particolarmente delicati (quali i dati relativi allo stato di salute) e profili della personalità o alla presa in visione di atti d'ufficio. A tale scopo libero espressamente il personale medico e i relativi assistenti dall'obbligo di segretezza. Qualora sia necessario ai fini della realizzazione dell'assicurazione collettiva o per l'elaborazione delle prestazioni, accetto che la Mobiliare renda noti dati personali a terzi coinvolti nel contratto, in patria e all'estero, in particolare a coassicuratori e riassicuratori, come pure a istituti di previdenza ai quali ero o sono affiliato / a e alle società del Gruppo Mobiliare che partecipano alla realizzazione del rapporto assicurativo. \*La Mobiliare è riassicuratore della Tellico pk

Luogo, data  Firma della persona da assicurare