

Proposta di assicurazione indennità giornaliera ospedaliera

1 Stipulante

Cognome
 Nome
 Via/n.
 Complemento/casella postale
 NPA/luogo
 N. tel. privato N. tel. ufficio
 E-mail
 Sesso m f Lingua d f i

2 Persona assicurata

Cognome
 Nome
 Nazionalità Libretto per stranieri
 Data di nascita
 N. tel. privato N. tel. ufficio
 E-mail
 Sesso m f Ass. n. Visana
 AVS n.: Assicuratore precedente
 Nuova adesione Rientro / riaffiliazione Modifica Proposta di prova Passaggio contr. collettivo / indiv.

3 Persona che paga i premi

Indirizzo (compilare solo i campi che non corrispondono a quelli dello/a stipulante)

Cognome
 Nome
 Via/n.
 Complemento/casella postale
 NPA/luogo
 N. tel. privato N. tel. ufficio
 E-mail
 Sesso m f

Modalità di pagamento

Emissione della fattura

mensile bimestrale trimestrale semestrale (sconto 1%) annuale (sconto 2%)

Pagamenti

N. conto postale
 Nome dell'istituto bancario
 IBAN
 NPA/luogo (filiale)

Modalità di pagamento desiderata per la fattura dei premi e la fattura della partecipazione ai costi

LSV+ (addebito diretto tramite banca)* Direct Debit (Posta)* Fattura/polizza di versamento E-billing

* Si prega di compilare il formulario LSV+ / Direct Debit

* La preghiamo di inviarcì il prima possibile il modulo Sistema di addebito diretto (LSV+) / Direct Debit debitamente compilato. Inoltre, Le ricordiamo che la data di inizio dell'addebito LSV+ potrebbe essere rinviata a causa dei tempi di deposito dell'autorizzazione di addebito diretto LSV+ presso la banca ed, eventualmente, risultare successiva alla data desiderata. Fino a quando l'autorizzazione di addebito LSV+ non sarà stata approvata, per pagare i premi e le partecipazioni ai costi riceverà le polizze di versamento.

Persona assicurata

Cognome
 Nome
 Data di nascita N. contr. collettivo
 Adesione assicurazione collettiva Sì No Azienda / associazione¹ / federazione¹
(¹ Allegare prova di appartenenza)

4 Proposta di assicurazione per l'indennità giornaliera ospedaliera secondo la LCA (l'assicuratore è Visana Assicurazioni SA)

Inizio dell'assicurazione
 Contratto pluriennale (sconto) 3 anni (2%) 5 anni (3%)
(Proroga tacita del contratto di un anno dopo la scadenza della durata contrattuale)

Indennità giornaliera ospedaliera	con infortunio		senza infortunio		CHF
	Periodo di attesa	Durata delle prestazioni	Periodo di attesa	Durata delle prestazioni	
	1 giorno	30 giorni	3 giorni	60 giorni	CHF
				90 giorni	
Importo dell'indennità giornaliera	CHF				
N.B.:	Minimo = CHF 50.-	Massimo = CHF 500.-	Graduabile a scaglioni di CHF 50.-		CHF

Premi con riserva d'approvazione da parte della FINMA (Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari)

Base dei premi: premi dell'anno 20

Si prega di osservare che la presente offerta si basa sui premi del

I premi definitivi per l'anno Le saranno comunicati con la polizza dell'autunno

Totale premio mensile LCA CHF

Persona assicurata

Cognome

Nome

Data di nascita

Attività professionale attuale:

indipendente

dipendente

5 Dichiarazione dello stato di salute

In caso di inclusione del rischio d'infortunio in un'assicurazione secondo la LCA esistente, si deve rispondere solo alle domande 2-5, 8, 9, 10, 12 e 13 in relazione agli infortuni subiti.

Visana o altri assicuratori hanno già negato o rinviato una proposta oppure l'hanno accettata soltanto con condizioni limitative (ad es. esclusione di copertura, rinvio, supplemento del rischio o rifiuto)?

Sì

no

Se sì, per quale motivo e sulla base di quale diagnosi?

La preghiamo di indicarci il Suo medico / ospedale curante (nome e indirizzo) in grado di fornirci informazioni sulla Sua anamnesi.

1	Costituzione	Altezza (cm)		Peso (kg)			
2 a	Si sta attualmente sottoponendo a cure, controlli o accertamenti medici, dentistici, terapeutici o di medicina complementare?			Sì	No		
b	Sono previsti trattamenti, accertamenti, controlli, interventi / operazioni (anche di chirurgia estetica o cosmetica) o cure di tipo medico, dentario, ortodontico, terapeutico o di medicina complementare / naturale? Oppure ne ha già pianificati o gliene sono stati consigliati, ma non sono ancora stati eseguiti?			Sì	No		
	Pianificati	Data	Diagnosi				
	Raccomandati	Data	Diagnosi				
	Raccomandati, non svolti	Data	Diagnosi				
3	Negli ultimi cinque anni sono stati eseguiti in ambito ambulatoriale o stazionario visite / trattamenti / controlli medici / di medicina complementare / terapeutici a seguito di disturbi fisici o psichici o per motivi estetici?				Sì	No	
a	Vie respiratorie / organi respiratori?	Sì	No	b	Cardiopatie, affezioni dei vasi sanguigni, vene varicose, pressione alta / bassa?	Sì	No
c	Epilessia, affezioni neurologiche, emicrania?	Sì	No	d	Malattie psichiche, psicoterapie, anoressia, bulimia?	Sì	No
e	Organi della digestione?	Sì	No	f	Organi urinari o genitali?	Sì	No
g	Pelle o allergie?	Sì	No	h	Muscoli, ossa, articolazioni o colonna vertebrale?	Sì	No
i	Affezioni tumorali?	Sì	No	j	Organi sensoriali (occhi, orecchie, naso)?	Sì	No
k	Sangue o malattie infettive?	Sì	No	l	Altre malattie o disturbi non indicati sopra?	Sì	No
m	Metabolismo o ghiandole, ad es. pancreas, diabete, tiroide, colesterolo alto?				Sì	No	
n	Gravidanza a rischio / complicanze durante la gravidanza?				Sì	No	
4	Attualmente è inabile al lavoro?				Sì	no	
5	Negli ultimi dieci anni ha avuto un'incapacità lavorativa o un'incapacità al guadagno?				Sì	no	
	Se sì	Dal (anno)		al (anno)			
6	Ha mai avuto un tumore (cancro)? Se sì, indicare il periodo Tipo di affezione o cure svolte in passato:				Sì	No	
7	Ha mai avuto un trattamento operativo dell'obesità (bendaggio gastrico o altro)?				Sì	No	
8	Sussistono postumi di una malattia, di un infortunio o di un'infermità congenita?				Sì	No	

Persona assicurata

Cognome

Nome

Data di nascita

Continuazione della dichiarazione sullo stato di salute

14	Assume / ha mai assunto droghe? Se sì, quali?	Dal (anno)	al (anno)	frequenza	Sì	No	
15	Beve / ha bevuto regolarmente alcol? (Più di 0,5 l di vino o 1 l di birra o 1 dl di superalcolici al giorno) Se sì, cosa?	dl	Quantità giornaliera	Dal (anno)	al (anno)	Sì	No
16	Fuma oppure ha fumato o consumato snus negli ultimi dieci anni? Se sì, cosa?	Numero al giorno / ml al giorno (vape)	Dal (anno)	al (anno)	Sì	No	
17	È incinta? Se sì, data presunta del parto? Peso prima della gravidanza	kg			Sì	No	

Il sottoscritto / La sottoscritta dichiara di aver risposto alle domande della dichiarazione sullo stato di salute in modo completo e veritiero.

Luogo/data

Firma della persona da assicurare o del / della rappresentante legale

Persona assicurata

Cognome

Nome

Data di nascita

6 Condizioni contrattuali

Con la mia firma (indicare con una crocetta la casella corrispondente)

richiedo la stipula delle assicurazioni complementari secondo la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA) summenzionate;

- prendo atto del fatto che il presente documento non è una richiesta di offerta, bensì una proposta vincolante (se non è stato apposto il segno di spunta su «Proposta di prova») per la stipula di un contratto di assicurazione ai sensi della LCA;
- confermo che i dati contenuti nel presente contratto di assicurazione e quelli relativi alle domande sullo stato di salute, anche laddove le risposte siano state stilate dal / dalla consulente assicurativo/a o da terzi, sono completi, corretti e veritieri e corrispondono esattamente a quanto da me dichiarato;
- autorizzo Visana Assicurazioni SA a richiedere e fornire a tutto il personale medico e/o altri assicuratori sociali e privati, autorità e società attive in ambito assicurativo all'interno del Gruppo Visana (Visana Assicurazioni SA, Visana SA, sana24 SA, vivacare SA, Galenos SA) le informazioni necessarie alla verifica della proposta e libero espressamente i servizi informativi summenzionati dal segreto professionale e dall'obbligo del segreto nei confronti di Visana Assicurazioni SA;
- confermo di aver ricevuto e di accettare le Condizioni generali d'assicurazione (CGA), le Condizioni complementari (CC) e/o le Condizioni integrative del contratto d'assicurazione (CI) per le assicurazioni richieste;
- prendo atto del fatto che, in caso di termine del rapporto di lavoro o di risoluzione dell'iscrizione all'associazione / alla federazione, il passaggio dall'assicurazione collettiva a quella individuale avverrà automaticamente a decorrere dal mese seguente;
- fornisco il mio consenso affinché le informazioni sulle assicurazioni complementari da me stipulate secondo la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA) possano essere consultate elettronicamente mediante la tessera d'assicurazione.

fornisco il mio consenso:

- affinché le proposte di assicurazione dei membri della famiglia che sono stati ammessi senza esclusioni possano essere già elaborate prima che vengano ammessi tutti i membri della famiglia senza esclusioni.

Inoltre, confermo

- di aver ricevuto dal / dalla consulente le informazioni di cui all'art. 45 LSA;
- di avere ricevuto dal / dalla consulente una copia del protocollo di consulenza;
- di aver ricevuto il promemoria «Informazione ai clienti secondo la LCA».

Autorizzo

- Visana Assicurazioni SA a trasmettere al mio / alla mia consulente informazioni concernenti eventuali esclusioni / rifiuti senza indicare dati relativi alla mia salute.

Luogo / data

Firma

Acconsento a una gestione congiunta nel contratto di famiglia

Con «gestione congiunta nel contratto di famiglia» si intende che tutta la corrispondenza e tutti i documenti (ad es. la corrispondenza relativa alle decisioni di ammissione, al contratto di assicurazione e ai rimborsi delle prestazioni o i documenti come le polizze assicurative, le tessere d'assicurato, i conteggi delle prestazioni o le fatture dei premi e delle partecipazioni ai costi) sono gestiti in un'unica polizza di famiglia. La persona definita come capofamiglia riceve quindi tutta la corrispondenza e tutti i documenti, compresi i dati personali degni di particolare protezione relativi alla salute e le informazioni e le notifiche giuridicamente vincolanti. Questa persona è inoltre responsabile del pagamento di premi e partecipazioni ai costi. VISANA declina ogni responsabilità per le conseguenze di una comunicazione dei dati da parte del capofamiglia e non risponde nemmeno delle conseguenze di un eventuale ritardo nella trasmissione delle informazioni da parte del capofamiglia alla persona assicurata.

Fornisco il mio consenso affinché Visana SA / sana24 SA / vivacare SA / Galenos SA / Visana Assicurazioni SA invii e trasmetta tutta la corrispondenza al capofamiglia. Sono consapevole che in questo modo il capofamiglia avrà accesso a tutti i dati, compresi quelli personali degni di particolare protezione, relativi alla mia salute. Il presente consenso è valido fino a revoca e può essere revocato per iscritto in qualsiasi momento.

In base alla proposta, per la durata dei prodotti sussistono altri contratti in essere ai sensi della LCA?

Insieme alla proposta è necessario presentare una copia della polizza dell'assicurazione precedente.

Fornisco il mio consenso a un'eventuale doppia assicurazione. Sono consapevole del fatto che, in questo modo, pagherò i premi dell'assicurazione fino al termine della durata contrattuale sia presso il mio assicuratore attuale, sia presso Visana.

Con la mia firma, acconsento esplicitamente a un eventuale rinvio d'inizio dell'assicurazione necessario per l'assicurazione complementare. Sono consapevole del fatto che Visana si riserva di richiedere una nuova dichiarazione sullo stato di salute e che, in tal caso, a posteriori, le assicurazioni complementari richieste potrebbero essere concesse solo in forma limitata o anche rifiutate.

Cognome / nome consulente

Firma e timbro consulente

N.:

Luogo / data

Firma della persona da assicurare
o del / della rappresentante legale