

# Proposta d'assicurazione infortuni sotto forma di capitale TUP

## 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  
 Libretto per stranieri  
 Data di nascita  
 N. tel. privato N. tel. ufficio  
 E-mail  
 Sesso m f Ass. n. Visana  
 Nuova adesione 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 inviarti 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

Attività professionale attuale:

indipendente

dipendente

### 4 Proposta d'assicurazione per le assicurazioni complementari secondo la LCA

#### Capitale in caso di decesso in seguito ad infortunio (T)

può essere stipulato senza esame del rischio

#### Capitale d'invalidità in seguito a infortunio (U)

#### Complemento privato per costi di guarigione in caso d'infortunio (P)

con esame del rischio in base alla dichiarazione sullo stato di salute sotto riportata

Indicare con una crocetta la casella corrispondente.

Valida dal

La durata e la scadenza dell'assicurazione si basano sulle cifre 4 e 5 delle Condizioni generali del contratto d'assicurazione.

**Varianti e premi** Si prega di indicare con una crocetta risp. compilare la variante desiderata.

#### Età al momento della stipula Bambini 0-18 anni

#### Età al momento della stipula Adulti dai 19 fino ai 65 anni compiuti

Età al momento della stipula Bambini 0-18 anni			Età al momento della stipula Adulti dai 19 fino ai 65 anni compiuti			
Variante	Somme d'assicurazione	Premio mensile	Variante	Somme d'assicurazione	Premio mensile	
	Decesso* (T)	Invalidità** (U)		Decesso (T)	Invalidità** (U)	
	CHF	CHF		CHF	CHF	
	Premio per ogni CHF 10'000			Premio per ogni CHF 10'000		
		CHF 0.20		CHF 0.40	CHF 0.50	
	10 000	30 000	0.60	10 000	30 000	1.90
	10 000	50 000	1.00	10 000	50 000	2.90
	10 000	100 000	2.00	20 000	100 000	5.80
	10 000	150 000	3.00	50 000	150 000	9.50
	10 000	200 000	4.00	50 000	200 000	12.00
	10 000	250 000	5.00	100 000	200 000	14.00
	10 000	300 000	6.00	300 000	300 000	27.00
	10 000					

\* La somma in caso di decesso è inclusa **gratuitamente** in ogni assicurazione contro l'invalidità **per bambini**. Il capitale ammonta sempre a CHF 2500.-, risp. a CHF 10 000.- a partire dai 2 anni e mezzo.

\*\* L'invalidità è assicurata sulla base di una scala di progressione fino al 350%. Esempio: per un grado d'invalidità del 100% vengono corrisposti CHF 350 000.- per una somma d'assicurazione di CHF 100 000.-.

#### Complemento privato in caso d'infortunio

CHF

Bambini 0-18 anni

1.00

Adulti dai 19 fino ai 65 anni compiuti

CHF

5.00

**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

Attività professionale attuale:

indipendente

dipendente

### 5 Dichiarazione sullo stato di salute

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, dentistico, terapeutico o di medicina complementare / naturale? Oppure ne ha già pianificati o gliene sono stati consigliati, ma non sono ancora stati eseguiti?							Sì	No
3	Negli ultimi cinque anni sono stati eseguiti in ambito ambulatoriale o stazionario visite/trattamenti/controlli medici / di medicina naturale / terapeutici a seguito di disturbi fisici o psichici o per motivi estetici?							Sì	No
a	Vie respiratorie / organi respiratori?	Sì	No	b	Epilessia, affezioni neurologiche, emicrania?		Sì	No	
c	Organi della digestione?	Sì	No	d	Pelle o allergie?		Sì	No	
e	Muscoli, ossa, articolazioni o colonna vertebrale?	Sì	No	f	Affezioni tumorali?		Sì	No	
g	Organi sensoriali (occhi, orecchie, naso)?	Sì	No	h	Sangue o malattie infettive?		Sì	No	
i	Altre malattie o disturbi non indicati sopra?							Sì	No
j	Metabolismo o ghiandole, ad es. pancreas, diabete, tiroide, colesterolo alto?							Sì	No
4	Attualmente è inabile al lavoro?							Sì	No
5	Negli ultimi dieci anni ha avuto un'inabilità lavorativa o un'incapacità al guadagno?							Sì	No
	Se sì, perché?			Dal (anno)			al (anno)		
6	Soffre delle sequele di un infortunio o ha una malattia professionale?							Sì	No
7	Soffre di un'infermità congenita o percepisce o ha percepito prestazioni dall'assicurazione federale per l'invalidità, dall'assicurazione contro gli infortuni o dall'assicurazione militare oppure ha ricevuto indennità di invalidità? (Si prega di allegare la decisione)							Sì	No
8	Soffre di una limitazione della capacità di guadagno e/o percepisce già prestazioni da altre assicurazioni contro la perdita di guadagno o assicurazioni di previdenza? (Si prega di allegare la decisione)							Sì	No

**Se ha risposto a una o più domande con un «Sì», fornisca una descrizione più dettagliata:**

Malattie / infortuni / infermità / disturbi / cura (per n.)	Inizio / durata / fine (GG.MM.AA)	Medico / ospedale / terapeuta curante, nome e indirizzo, grado dell'incapacità lavorativa	Guarito/a senza conseguenze	
			Sì	No
			Sì	No
			Sì	No
			Sì	No
			Sì	No
9	Si è sottoposto/a a un test HIV / sull'epatite (epatite B, C)?		Sì	No
	Se sì:	risultato del test HIV      positivo      negativo		
		risultato del test sull'epatite      positivo      negativo		
10	Assume o ha assunto regolarmente medicinali negli ultimi cinque anni? (Pillola anticoncezionale esclusa)		Sì	No
	Se sì, per quale motivo?	Dal (anno)      al (anno)		
	Quantità giornaliera	per la malattia / il disturbo seguente:		

**Continuazione della dichiarazione di salute**

14	Assume / ha mai assunto droghe?				Sì	No
	Se sì, quali?	Dal (anno)	al (anno)	Frequenza		
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)				Sì	No
	Se sì, cosa?	dl	Quantità giornaliera	Dal (anno)	al (anno)	

**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

Attività professionale attuale:

indipendente

dipendente

## 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 stata indicata con una crocetta la casella «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, dall'intermediario/a o da terzi, sono completi, corretti e veritieri e corrispondono esattamente ai fatti;

– 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) ed eventuali le Condizioni integrative del contratto d'assicurazione (CI) per le assicurazioni richieste;

– 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'assicurato.

**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.

**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.

**Inoltre, confermo**

di aver ricevuto dal / dalla consulente le informazioni ai sensi dell'art. 45 LSA;

di avere ricevuto dal / dalla consulente una copia del protocollo di consulenza;

di aver ricevuto il promemoria «Informazioni per la clientela ai sensi della LCA» e, nel caso in cui sia stata richiesta la protezione giuridica Visana, anche il promemoria «Informazioni per la clientela protezione giuridica ai sensi della LCA».

**Autorizzo**

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

Luogo / data

Firma

**Per la durata dei prodotti definita dalla proposta 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 cumulo d'assicurazioni. 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