

# Proposta d'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia secondo la LCA

## 1 Stipulante

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

## 2 Persona assicurata

Cognome  
 Nome  
 Libretto per stranieri  
 Data di nascita  
 N. di tel. privato N. di tel. ufficio  
 E-mail  
 Sesso m f Ass. n. Visana  
 Assicuratore precedente  
 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.  
 Aggiunta/casella postale  
 NPA/luogo  
 N. di tel. privato N. di 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

#### 4 Prodotti assicurativi complementari – assicurazioni secondo la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA)

Inizio dell'assicurazione

Indennità giornaliera con infortunio	Indennità giornaliera per piccole aziende senza infortunio	Indennità giornaliera agricoltura / Assicurazione per aiutanti agricoli	
Gruppo d'età			CHF
1. CHF dal giorno	2. CHF dal giorno	3. CHF dal giorno	CHF
Tutti i premi con riserva d'approvazione da parte della FINMA (Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari)			
Base: premi dell'anno 20		<b>Totale premio mensile LCA</b>	<b>CHF</b>
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 nell'autunno	

#### 5 Altre assicurazioni

Attualmente ha in sospeso solleciti di pagamento o procedure di esecuzione presso la Sua assicurazione malattie? Si      No

Secondo l'art. 64a LAMal non è possibile cambiare assicuratore malattie finché non sono pagati integralmente i premi, le partecipazioni ai costi, gli interessi di mora o le spese d'esecuzione.

#### 6 Domande concernenti l'attività professionale

Lei	lavora in proprio	è impiegato/a	casalingo/a	disoccupato/a	
Attuale attività professionale? (Se disoccupato/a indicare l'ultima attività professionale) (Se disoccupato/a allegare l'ultimo conteggio AD)					
Da quando svolge questa attività?			Orario di lavoro / ore settimanali		
Nome e indirizzo del datore di lavoro					
Attuali versamenti del salario in caso d'incapacità lavorativa	malattia	%	salario per	mesi, dopodiché	%
	infortunio	%	salario per	mesi, dopodiché	%
Sussistono altre assicurazioni d'indennità giornaliera?					
LAINF					
Ass. indennità giorn.; presso quale compagnia?				CHF/giorno	
Infortunio	Malattia				

## Persona assicurata

Cognome

Nome

Data di nascita

## 7 Dichiarazione sullo 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 e 12 in relazione a infortuni subiti.

**Campo obbligatorio** – nome e indirizzo del Suo medico di famiglia:

1	Costituzione			Altezza (cm)			Peso (kg)
2 a	Si sta attualmente sottoponendo a cure, controlli o accertamenti medici, terapeutici o di medicina complementare?				Si	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?				Si	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 cosmetici?				Si	No	
a	Vie respiratorie / organi respiratori?	Si	No	b	Cardiopatie, affezioni dei vasi sanguigni, vene varicose, pressione alta / bassa?	Si	No
c	Epilessia, affezioni neurologiche, emicrania?	Si	No	d	Turbe psichiche, psicoterapie, anoressia, bulimia?	Si	No
e	Organi della digestione?	Si	No	f	Organi urinari o genitali?	Si	No
g	Pelle o allergie?	Si	No	h	Muscoli, ossa, articolazioni o colonna vertebrale?	Si	No
i	Affezioni tumorali?	Si	No	j	Organi sensoriali (occhi, orecchie, naso)?	Si	No
k	Sangue o malattie infettive?	Si	No	l	Altre malattie o disturbi non indicati sopra?	Si	No
m	Metabolismo o ghiandole, ad es. pancreas, diabete, tiroide, colesterolo alto?				Si	No	
4	Attualmente è inabile al lavoro?				Si	No	
5	È stato/a inabile al lavoro negli ultimi cinque anni? Da quando fino a quando?				Si	No	
6	Ha mai avuto un tumore (cancro)? Se sì, indicare il periodo Tipo di affezione o cure svolte in passato:				Si	No	
7	Ha mai avuto un trattamento operativo dell'obesità (bendaggio gastrico o altro)?				Si	No	
8	Sussistono postumi di una malattia, di un infortunio o di un'infermità congenita?				Si	No	



## Persona assicurata

Cognome  
 Nome  
 Data di nascita

## 8 Condizioni contrattuali

**Il sottoscritto / La sottoscritta dichiara** (indicare con una crocetta la casella corrispondente)

di aver inoltrato con la presente a Visana Assicurazioni SA una domanda per l'ammissione ad un'assicurazione secondo la LCA (Legge federale sul contratto d'assicurazione) e

– di aver risposto secondo scienza e coscienza e in maniera completa e veritiera alle domande precedenti;

– di esonerare dall'obbligo del segreto tutti i medici, dentisti, gli ospedali, le assicurazioni malattie e le assicurazioni che fino al momento della presentazione della proposta e in futuro possono fornire informazioni sullo stato di salute della persona da assicurare e sulle prestazioni di servizi, purché le informazioni siano necessarie per il disbrigo della presente proposta;

– di aver ricevuto e di accettare le Condizioni generali del contratto d'assicurazione (CGA), le Condizioni complementari (CC) e le Condizioni integrative del contratto (CI) per le assicurazioni richieste;

– di aver preso atto che, nel contesto della presente proposta, Visana Assicurazioni SA può verificare le indicazioni fornite in merito alla conformità con eventuali dati di prestazioni già noti a Visana Assicurazioni SA, a Visana SA, a sana24 SA o a vivacare SA. Questa possibilità di verifica non esonera dal dovere di rispondere in maniera completa e veritiera alle domande precedenti;

– di essere d'accordo che le indicazioni sulle assicurazioni complementari stipulate secondo la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA) possono essere richiamate elettronicamente mediante la tessera d'assicurazione.

di aver presentato a Visana una domanda per l'ammissione all'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la LAMal (Legge federale sull'assicurazione malattie) e di aver preso atto che le indicazioni inesatte hanno quale conseguenza una riserva d'assicurazione retroattiva.

### NON sono d'accordo

– sul fatto che le proposte d'assicurazione dei membri della famiglia che sono state ammesse senza esclusioni possano essere già elaborate anche se per le proposte di uno o più membri della famiglia devono ancora essere eseguiti accertamenti o sono state respinte o, ancora, sono state ammesse con esclusione.

### Confermo inoltre

di aver ricevuto dal / dalla consulente le informazioni di cui all'art. 45 LSA;

di aver ricevuto il promemoria «Informazione ai clienti secondo la LCA» e nel caso in cui è stata richiesta la protezione giuridica Visana anche il promemoria «Informazione ai clienti Protezione giuridica».

### Autorizzo

– Visana Assicurazioni SA a trasmettere al mio / alla mia consulente informazioni concernenti eventuali esclusioni / rifiuti.

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.

Cognome / nome consulente

Timbro e firma consulente

N.:

Luogo / data

Firma della persona da assicurare  
 o del / della rappresentante legale