



**tellico**

Previdenza. Banca. Immobili.

**Tellico pkPRO**

Bahnhofstrasse 4

Postfach 434

CH-6431 Schwyz

t +41 58 442 50 00

pkPRO@tellico.ch

tellico.ch

## Dichiarazione dello stato di salute

Datore di lavoro

n° contratto

### Dati personali

Signor  Signora

Cognome

Nome

Via

NPA, Località

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

Data matrimonio/Registrazione convivenza

separato/a

divorziato/a

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



# tellco

Previdenza. Banca. Immobili.

**Tellco pkPRO**

Bahnhofstrasse 4

Postfach 434

CH-6431 Schwyz

t +41 58 442 50 00

pkPRO@tellco.ch

tellco.ch

## 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 assicurate in caso di decesso e di invalidità.

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 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 Tellco pkPRO

Luogo, data  Firma della persona da assicurare