

Proposta per un'assicurazione collettiva di indennità giornaliera per malattia a norma della LCA

<input type="checkbox"/> Nuovo contratto	Numero contratto _____	UO SWICA _____
<input type="checkbox"/> Modifica contratto	Contratto quadro n. _____	Numero agente _____
	Inizio contratto _____	Edizione CGA _____

Stipulante

In quale lingua desidera la documentazione? tedesco francese italiano

Ditta/Nome _____

Denominazione supplementare _____

Via _____

NPA, località, cantone _____

Forma giuridica Ditta individuale Società in nome collettivo Società in accomandita
 Società anonima S.a.g.l. _____

Direttore amministrativo Signor Signora

Cognome _____

Nome _____

Persona di contatto Signor Signora

Cognome _____

Nome _____

Telefono/cellulare _____

E-mail _____

Tipo di azienda (attività) _____

Relazione di pagamento

Detentore del conto _____

Nome della banca/posta _____

NPA, località _____

IBAN _____

Secondo recapito

In quale lingua desidera la documentazione? tedesco francese italiano

Ditta/Nome _____

Denominazione supplementare _____

Via _____

NPA, località, cantone _____

Persona di contatto _____

Telefono/cellulare _____

E-mail _____

Il secondo recapito è competente per i settori seguenti e riceve da SWICA i seguenti documenti (si prega di contrassegnare con una «x»):

Amministrazione	<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Comunicazioni	<input type="checkbox"/> Materiale	<input type="checkbox"/> Giornale SWICA
Premi	<input type="checkbox"/> Conteggio	<input type="checkbox"/> Addebito	<input type="checkbox"/> Bonifico	<input type="checkbox"/> Sollecito
Prestazioni	<input type="checkbox"/> Conteggio	<input type="checkbox"/> Addebito	<input type="checkbox"/> Bonifico	<input type="checkbox"/> Sollecito

1 Aziende da assicurare

Parti dell'azienda da assicurare

- Intera azienda, comprese filiali secondo gli indirizzi del contraente l'assicurazione
- Solo singole parti dell'azienda/filiali
- Società affiliate da coassicurare
- } da elencare separatamente qui di seguito (con indirizzo)

2 Gruppi di persone/persone

Personale da assicurare

	Età media	Numero di persone		Prestazioni come da gruppo n.
		Uomini	Donne	
<input type="checkbox"/> Tutto il personale, escluse le persone con salario annuo convenuto	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Solo singoli gruppi di persone (descrivere esattamente)	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Persone con salario annuo convenuto, come ad esempio titolari, famigliari, ecc. (con dichiarazione dello stato di salute)

Cognome, nome	Data di nascita	Sesso	Salario annuo convenuto	Prestazioni come da gruppo n.
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CHF _____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CHF _____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CHF _____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CHF _____	_____

3 Prestazioni assicurate

in base a offerta del _____

	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3
Indennità giornaliera	_____ %	_____ %	_____ %
Rischio	<input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> infortunio	<input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> infortunio	<input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> infortunio
Periodo di attesa	_____ giorni <input type="checkbox"/> per caso <input type="checkbox"/> per anno civile	_____ giorni <input type="checkbox"/> per caso <input type="checkbox"/> per anno civile	_____ giorni <input type="checkbox"/> per caso <input type="checkbox"/> per anno civile
Durata delle prestazioni (dedotto il periodo di attesa)	<input type="checkbox"/> 730 giorni per caso <input type="checkbox"/> 730 giorni sull'arco di 900 giorni <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 730 giorni per caso <input type="checkbox"/> 730 giorni sull'arco di 900 giorni <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 730 giorni per caso <input type="checkbox"/> 730 giorni sull'arco di 900 giorni <input type="checkbox"/> _____
Indennità per parto	_____ %	_____ %	_____ %
Periodo di attesa	_____ giorni	_____ giorni	_____ giorni
Durata delle prestazioni (dedotto il periodo di attesa)	<input type="checkbox"/> 98 giorni <input type="checkbox"/> 112 giorni <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 98 giorni <input type="checkbox"/> 112 giorni <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 98 giorni <input type="checkbox"/> 112 giorni <input type="checkbox"/> _____

L'indennità per parto è accordata a complemento delle prestazioni legali. Con la stipulazione di una copertura complementare d'indennità per parto i salari eccedenti sono co-assicurati per tutta la durata delle prestazioni.

4 Contratto collettivo di lavoro

Le persone da assicurare sono sottoposte ad un contratto collettivo di lavoro (CCL) con disposizioni relative all'assicurazione d'indennità giornaliera di malattia?

sì no

Se sì, in quale settore?

Il richiedente desidera espressamente prestazioni che non corrispondono completamente alle disposizioni di questo CCL?

sì no

5 Coordinazione con la Legge federale sulla previdenza professionale (LPP)

Quale termine d'attesa è stato concordato per la rendita d'invalidità LPP?

12 mesi

24 mesi

Qual è l'istituto della previdenza professionale dell'azienda?

Termine d'attesa per l'esenzione dal pagamento dei premi?

3 mesi

6 mesi

_____ mesi

6 Premi

	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3
Somma salariale uomini	_____ CHF	_____ CHF	_____ CHF
Somma salariale donne	_____ CHF	_____ CHF	_____ CHF
Somma salariale totale	_____ CHF	_____ CHF	_____ CHF
Tasso di premio gruppo	_____ %	_____ %	_____ %
Premio annuo gruppo	_____ CHF	_____ CHF	_____ CHF
Riepilogo dei premi (gruppo 1-3)		Partecipazione alle eccedenze	
Premio annuo anticipato	_____ CHF	Quota di premio determinante in %	_____
(premio minimo annuo CHF 1000.-)			
Premio pagabile	in _____ rata/e annua/e	Quota di eccedenza determinante in %	_____
Scadenza del premio	1° gennaio		

7 Assicurazione precedente

Vige o vigeva un'assicurazione di indennità giornaliera per malattia

– per il personale da assicurare o una parte dello stesso?

sì

no

– per le persone da assicurare con salario annuo convenuto?

sì

no

Se sì: – presso quale compagnia

– contratto n.

– prestazioni

– periodo di attesa

– tasso di premio

Tale contratto è stato rescisso o disdetto?

sì

no

In caso affermativo: quando e perché?

Informazioni sull'andamento del contratto

– Premi negli ultimi 3 anni

_____ CHF

– Pagamenti per sinistri negli ultimi 3 anni

_____ CHF

– Somma salariale media durante gli ultimi 3 anni

_____ CHF

Negli ultimi 5 anni sono state rifiutate domande per assicurazioni di persone per l'azienda o per persone con salario annuo convenuto?

sì

no

Se sì, da quale assicuratore, quando e perché?

8 Domanda supplementare per le nuove ditte

Ci sono dipendenti da assicurare che sono inabili al lavoro totalmente o parzialmente da più di 30 giorni o in gravidanza? sì no

Ci sono dipendenti che soffrono di una malattia o conseguenze d'infortunio per le quali si possa prevedere un'inabilità lavorativa parziale o totale di più di 30 giorni? sì no

Numero personale	Data di nascita	Sesso		Inabilità lavorativa del	Disdetta/ pensionamento per il	Grado dell' inabilità lavorativa	Rendita AI accordata? Annuncio/sì/no	Diagnosi	Salario annuo CHF
_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Data di registrazione _____

9 Osservazioni

Con la presente il proponente conferma di aver risposto completamente e correttamente a tutte le domande e che anche le risposte non scritte di suo pugno corrispondono esattamente alle sue indicazioni. Egli è consapevole del fatto che secondo l'articolo 6 della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA), in caso di indicazioni false o incomplete SWICA ha il diritto di recedere immediatamente dal contratto.

Con la firma di questa proposta il proponente conferma di aver ricevuto le condizioni generali d'assicurazione nonché eventuali condizioni supplementari, e di riconoscerne la validità legale. Si dichiara vincolato per 14 giorni, in caso di accertamenti medici per 4 settimane, alla proposta e s'impegna a pagare i premi. Autorizza SWICA a trasmettere nella misura necessaria i dati risultanti dalla verifica della presente proposta, come pure dal controllo di eventuali violazioni dell'obbligo di denuncia o dalla successiva attuazione dell'assicurazione, alle società operanti nell'ambito assicurativo all'interno del Gruppo SWICA e ai suoi partner assicurativi o ad altri assicuratori. Inoltre, autorizza SWICA a richiedere a tali assicuratori informazioni e libera espressamente questi ultimi dal segreto professionale e dall'obbligo di segretezza nei confronti dell'assicuratore. Prende atto e si dichiara d'accordo con l'eventuale scambio dei suoi dati all'interno dell'unità d'organizzazione dell'assicuratore competente, dei suoi partner assicurativi nonché tra le società operanti nell'ambito assicurativo all'interno del Gruppo SWICA. Questa autorizzazione non dipende dalla stipulazione del contratto. La presente procura può essere revocata in qualsiasi momento dal proponente.

Luogo, data

Firma del proponente

Nome e firma del consulente

___ (Numero di) dichiarazioni dello stato di salute Altri allegati _____