



Proposta per l'International Health Plan (IHP)

Questo formulario deve essere compilato dalla persona proponente o dalla sua rappresentanza legale. A tutte le domande appropriate alla sua situazione deve essere data una risposta completa e il formulario deve essere firmato e inviato immediatamente all'indirizzo riportato in fondo al documento. In caso di domande, l'agenzia IHP +41 58 277 16 87 sarà lieta di aiutare. Grazie.

1 Generalità

1.1 Persona da assicurare

Numero cliente Sesso Femminile Maschile Stato civile

Cognome Nome Data di nascita

Nazionalità Lingua Italiano Tedesco Francese Inglese

Attività attualmente svolta

Indirizzo all'estero (se già conosciuto)

Via/N° Indirizzo supplementare NPA/Località

Domicilio all'estero (P.f. allegare il certificato di partenza del controllo abitanti svizzero.)

Numeri di telefono (se già conosciuti)
Privato Cellulare Ufficio

E-mail
Privato Ufficio

Sono d'accordo con la trasmissione tramite e-mail di dati sensibili (p.es. affezioni/diagnosi ecc.).

Sì No

Il previsto soggiorno all'estero riguarda un distacco all'estero*?

Sì No

In caso affermativo: Ai sensi del diritto delle assicurazioni sociali, per i lavoratori distaccati all'estero l'IHP non è stipulabile.

(* I lavoratori distaccati all'estero rimangono sempre sottoposti al contratto di lavoro stipulato con il loro datore di lavoro svizzero. Essi rimangono anche sottoposti alle assicurazioni sociali in Svizzera.)

1.2 Indirizzo per la corrispondenza (se non identico con «1.1 Persona da assicurare»)

Cognome Nome

Via/N° Indirizzo supplementare

NPA/Località Paese

Numero cliente Numeri di telefono
Privato Cellulare Ufficio

2 Pagamenti

Senza coordinate bancarie, non ci è possibile procedere al rimborso.

2.1 Debitore premi

Persona assicurata

Altro debitore dei premi

Nome

Cognome

Numero cliente

Via/N°/Casella postale

Indirizzo supplementare

NPA/Luogo

Versamento tramite addebitamento diretto

Accredito sul conto

IBAN

Nominativo del suo istituto finanziario

Pagamento tramite bollettino di versamento (possibile soltanto con indirizzo di corrispondenza svizzero)

Scadenza dei premi Semestrale Annuale (sconto) Mensile (l'opzione vale soltanto per LSV)

Se desidera pagare i suoi premi con la e-fattura, può impostare questa modalità di pagamento nel suo portale e-banking. Nel caso avesse problemi, voglia contattare il suo istituto finanziario.

2.2 Beneficiario delle prestazioni

Accredito in base al conto cifra 2.1

Partecipazione ai costi in base alla cifra 2.1

Persona assicurata

Altro beneficiario delle prestazioni

Nome

Cognome

Numero cliente

Via/N°/Casella postale

Indirizzo supplementare

NPA/Luogo

Accredito sul conto

Partecipazione ai costi tramite addebitamento diretto

IBAN

Nominativo del suo istituto finanziario

Partecipazione ai costi tramite bollettino di versamento (possibile soltanto con indirizzo di corrispondenza svizzero)

Se desidera pagare i suoi premi con la e-fattura, può impostare questa modalità di pagamento nel suo portale e-banking. Nel caso avesse problemi, voglia contattare il suo istituto finanziario.

3 Inizio / Franchigia / Premio

Durata del contratto

a partire dal (durata minima del contratto 1 anno, revocabile ogni volta alla fine di un'anno civile)

Variante di franchigia ambulatoriale CHF 300/stazionare CHF 1000 ambulatoriale CHF 900/stazionare CHF 3000

Premio in CHF

Premio mensile (malattia e infortunio)



CSS

Assicurazione

Dichiarazione sullo stato di salute generale

Le domande sullo stato di salute si riferiscono alla persona da assicurare

Generalità

Nome

Cognome

Dichiarazione sullo stato di salute

Si prega di fornire precisazioni alle domande 1, 2, 3, 7 alle quali ha risposto con «sì» (dettagli ☞) alla voce «Dettagli relativi alla dichiarazione sullo stato di salute».

*Nel caso in cui suo figlio/sua figlia raggiunga l'età indicata nell'anno d'inizio dell'assicurazione occorre rispondere alle relative domande.

- 1 Nel corso degli ultimi
- No Sì (dettagli ☞)
- **10 anni** è stato/a in trattamento stazionario (ospedale, clinica per disintossicazione, cura, riabilitazione ecc.)?
 - **5 anni** è stato/a da un medico (medico di famiglia, psichiatra ecc.) o terapeuta (medicina alternativa, fisioterapia, consulenza alimentare ecc.) o Le è stata comunicata una diagnosi?

Ad esempio, a causa di malattia o disturbo delle vie respiratorie, degli organi respiratori; del cuore, dei vasi sanguigni o del sistema circolatorio; del sistema nervoso o della psiche; degli organi della digestione; dell'apparato urinario o degli organi sessuali; della pelle o allergie; dei muscoli, delle ossa, articolazioni o della colonna vertebrale; del metabolismo, del sangue o malattie infettive; degli organi sensoriali (occhi, orecchie, naso), tumori o cancro; per problemi di peso, un'altra malattia, un infortunio o una malformazione.

- 2 Attualmente è in trattamento oppure è previsto un trattamento presso un medico, dentista e/o terapeuta (accertamenti, operazioni, trattamento di medicina alternativa, prevenzione, visita di controllo ecc.)?
- No Sì (dettagli ☞)
- Le è stato inserito un impianto o un corpo estraneo (seno, protesi, articolazione artificiale, anello gastrico, stent ecc.)?
- No Sì (dettagli ☞)

- 3 Sta prendendo o ha preso regolarmente dei medicinali durante gli ultimi 5 anni?
In caso affermativo, indicare i nomi dei medicinali in «Dettagli relativi alla dichiarazione sullo stato di salute».
- No Sì (dettagli ☞)

- 4 È risultato/a positivo/a a un test HIV?
- No o non è stato effettuato nessun test
- Sì

- 5 Consuma o ha consumato droghe (cocaina, eroina, stupefacenti ecc.)?
- No Sì
- * 12° anno d'età

In caso affermativo, indicare nome della droga/delle droghe, frequenza e periodo di tempo del consumo.

Nome

Cognome

Beve o ha bevuto regolarmente più di 0.5l di vino o 1l di birra o 1,5 dl di superalcolici al giorno?

No Sì

* 12° anno d'età

Negli ultimi 5 anni ha fumato?

No Sì

* 12° anno d'età

In caso affermativo, numero di sigarette al giorno

Ho smesso del tutto da (mese/anno):

In caso affermativo, numero di sigari, pipe ecc. a settimana

Ho smesso del tutto da (mese/anno):

In caso affermativo, numero di spinelli a settimana

Ho smesso del tutto da (mese/anno):

6

Altezza:

cm

Peso corporeo attuale:

kg

* 6° anno d'età

Donne: In caso di gravidanza, peso corporeo prima della gravidanza:

kg

(Per prestazioni in caso di maternità si applica un differimento di 9 mesi, calcolato a partire dall'inizio dell'assicurazione.)

7

Attualmente percepisce o ha percepito negli ultimi 5 anni un'indennità giornaliera, una rendita o prestazioni di altre assicurazioni (per es. AI, AINF, AM, indennità giornaliera per malattia ecc.)? In caso affermativo, occorre allegare una copia della decisione (per es. attestato AI).

No Sì (dettagli G)

No Sì (dettagli G)

Negli ultimi 5 anni è stato/a parzialmente o interamente inabile al lavoro per oltre 3 settimane oppure attualmente è inabile al lavoro?

8

Le è già stata rifiutata o accettata a condizioni aggravanti una proposta inoltrata a un'assicurazione sulla vita, malattie o infortuni (ad es.: esclusione dalla copertura)?

No Sì

In caso affermativo, perché e presso quale assicuratore?

9

Nome e indirizzo del medico maggiormente informato sulla sua anamnesi:

Dettagli relativi alla dichiarazione sullo stato di salute

Si riferisce alla domanda N°	Diagnosi	Parte del corpo Localizzazione: sinistra/ destra	Motivo, causa, indicazioni, osservazioni, sintomi	Frequenza (un'unica volta, ogni 3 settimane, continuamente, ecc.)	Trattamento, disturbi (mese/anno) dal al		Tipo di trattamento (operazione, fisioterapia, endoscopia, radiografia, TAC, medicinali, ecc.)	Trattamento eseguito da (nome e indirizzo)	La guarigione è completa e assolutamente senza conseguenze?
									<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
									<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
									<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
									<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
									<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
									<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì

Nome

Cognome

La persona proponente o il suo rappresentante legale

Luogo

Data

Disposizioni importanti LCA

Confermo che le attuali assicurazioni rimangono invariate. Desidero stipulare un/più contratti con la CSS Assicurazione SA (qui di seguito denominata «Assicuratore») in conformità a quanto proposto; firmando la presente proposta accetto che, in caso d'ammissione, con l'Assicuratore viene stipulato un contratto specifico per ogni singola assicurazione complementare.

Dichiaro di essere vincolato dalla proposta per 14 giorni (in caso di visite mediche per 4 settimane) e, in caso di stipulazione del contratto, mi impegno a versare i premi fino alla scadenza dell'assicurazione.

Confermo che le mie indicazioni contenute nel presente formulario di proposta – anche se le risposte sono scritte dal/dalla Consulente della clientela, dall'intermediario o da terzi – sono corrette e veritiere. In caso di risposta incompleta o non veritiera, in virtù delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) in vigore e della Legge sul contratto d'assicurazione (LCA), l'Assicuratore ha il diritto di disdire il contratto.

Confermo di aver ricevuto tutte le CGA, le Condizioni supplementari (CS) e le Condizioni particolari (CP) rilevanti e di averle incondizionatamente riconosciute. Inoltre confermo di essere stato messo a conoscenza e di aver ricevuto sotto forma di foglio informativo le informazioni ai sensi dell'art. 3 LCA e dell'art. 45 della Legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA).

In caso di modifiche d'assicurazione, le esistenti «Condizioni particolari» (come esclusioni di prestazioni ecc.) continuano ad essere efficaci nella stessa misura anche per ciò che concerne il prodotto modificato. Io mi impegno a comunicare immediatamente all'Assicuratore l'uscita dalla cerchia di assicurati appartenenti ad un contratto quadro per l'assicurazione malattia complementare. Autorizzo l'Assicuratore a verificare l'appartenenza alla cerchia di assicurati di un contratto quadro per l'assicurazione malattia complementare. Confermo di essere stato/a informato/a in merito alle condizioni relative all'esistenza, modifica e perdita dei ribassi di mia pertinenza elencati nella presente proposta. In modo particolare, sono a conoscenza del fatto che la perdita o la modifica dei suddetti ribassi non costituisce motivo di disdetta.

Sono d'accordo che i miei dati presso CSS Assicurazione SA vengano utilizzati nella misura necessaria per la valutazione dei rischi, l'accertamento della violazione dell'obbligo di notifica, l'evasione dei sinistri, per Managed Care nonché per Marketing.

Autorizzo inoltre l'Assicuratore, nella misura in cui ciò è necessario ai fini della valutazione della copertura assicurativa, all'accertamento della violazione dell'obbligo di notifica e dell'evasione dei sinistri, a fornire o richiedere le informazioni necessarie presso medici, altri fornitori di prestazioni, assicuratori sociali o privati e autorità preposte. In questi casi esonero le persone interpellate dal segreto professionale nei confronti dell'Assicuratore.

So che l'Assicuratore e il suo intermediario nell'ambito della stipulazione del contratto elaboreranno i miei dati e con la presente dò il mio esplicito consenso a tale elaborazione dei dati. Prendo inoltre atto che i miei dati potranno essere trasmessi per l'esecuzione del contratto ad altre società del Gruppo CSS che non sono partner contrattuali e dichiaro il mio consenso a tale trasmissione dei dati.

Questa proposta è valida con riserva di modifiche dell'offerta di assicurazioni e dei premi, nonché d'accettazione da parte dell'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari (FINMA). Per la stipulazione del contratto è necessaria l'approvazione da parte della Direzione generale dell'Assicuratore. Soggetto di diritto è CSS Assicurazione SA, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern.

Riconosco che stipulando l'International Health Plan (IHP) non sono automaticamente esonerato dall'obbligo assicurativo legale in vigore nel relativo Paese di soggiorno. È compito del contraente informarsi in merito agli obblighi assicurativi specifici del Paese di soggiorno.

Condizioni particolari

In base alle prescrizioni regolamentari, questa proposta è soltanto valevole se la persona da assicurare secondo proposta è ancora domiciliata in Svizzera al momento della stipulazione dell'assicurazione. In aggiunta all'art. 6 delle Condizioni generali d'assicurazione (edizione 01.2009) questo vale anche per i neonati.

Firme (Assicurazioni secondo LCA)

Luogo	Data	La persona proponente o il suo rappresentante legale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo	Data	L'intermediario o il consulente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numero personale del consulente della clientela	Numero agenzia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

CSS Assicurazione SA
International Health Plan
Tribtschenstrasse 21
Casella postale 2568
CH-6002 Lucerna

ihp.info@css.ch

