

Modulo di richiesta per gli assicurati CP FFS

Edizione ottobre 2012



Iscrizione di assicurazione di rischio per gli assicurati della CP FFS

1 Contraente dell'assicurazione (CA)

Cassa pensioni FFS

Sede statutaria: Zieglerstr. 29, CH-3007 Berna

2 Persona assicurata: assicurato della CP FFS

Signor Signora Lingua per la corrispondenza I D F E

Assicurata presso la cassa pensioni FFS: Sì

Indirizzo effettivo (per la corrispondenza & per l'invio dei conteggi dei premi):

Stato civile celibe sposato vedovo separato divorziato
 unione dom. registrata unione dom. sciolta

Cittadino degli USA? Sì No

Titolare di una Green Card degli USA? Sì No

3 Prestazioni assicurative

Capitale in caso di decesso

CHF 50'000 CHF 100'000 CHF 150'000 CHF 200'000 CHF 250'000 CHF 300'000
 CHF 350'000 CHF 400'000 CHF 450'000 CHF 500'000

Beneficiario in caso di decesso:

Capitale in caso di invalidità

CHF 50'000 CHF 100'000 CHF 150'000 CHF 200'000 CHF 250'000 CHF 300'000
 CHF 350'000

Visto della
persona assicurata

4 Dichiarazione di salute della persona assicurata

Confermo che...

- sono sano e interamente abile al lavoro
non sono in cura medica o sotto controllo medico
non prendo regolarmente medicinali (eccetto anticoncezionali) Sì No
- **negli ultimi 5 anni**
non ho subito un intervento chirurgico, non sono stato in cura medica stazionaria
non sono stato inabile al lavoro più a lungo di 2 settimane ininterrottamente Sì No
- **negli ultimi 5 anni**
non sono stato in cura per problemi alla schiena o alle articolazioni
non sono stato in cura o consiglio presso psicoterapeuti, psicologi o psichiatri Sì No

E confermo che...

- nessuna delle mie richieste presentate per un'assicurazione malattie, sulla vita o contro gli infortuni è stata mai rifiutata o accolta con una restrizione delle condizioni. Sì No
- i miei dati relativi a peso e altezza

Nome e indirizzo del medico che conosce meglio le mie condizioni di salute:

5 Dichiarazione finale e firma

La persona sottoscritta (persona assicurata) dichiara di avere risposto alle domande contenute nel presente documento secondo coscienza. Inoltre confermano la correttezza dei fatti rilevanti relativi al rischio ivi contenuti. Essa s'impegna a notificare a Zurich eventuali modifiche che sopravvengono prima dell'inizio della copertura assicurativa definitiva.

Se importanti fatti concernenti il rischio vengono taciuti o comunicati in modo inesatto (reticenza), Zurich ha il diritto di disdire il contratto. Se l'insorgere o la portata di un danno assicurato è stato influenzato da reticenza o comunicazione inesatta di fattori di rischio, l'obbligo di prestazione da parte di Zurich si estingue inoltre per i danni già intervenuti (art. 6 della Legge federale sul contratto d'assicurazione, LCA). Le facciamo notare che, firmando la proposta, si assume la responsabilità di quanto è dichiarato, anche se le risposte vengono scritte da terzi.

La persona sottoscritta autorizza Zurich ad elaborare i dati indicati nella documentazione contrattuale o utilizzati per il disbrigo del contratto. Tale autorizzazione comprende in particolare la custodia fisica o elettronica di dati e il loro impiego per la determinazione del premio, l'apprezzamento del rischio, la trattazione di casi assicurativi, le valutazioni statistiche nonché a scopo di marketing. Zurich può, nella misura necessaria, trasmettere i dati per l'elaborazione a terzi partecipanti al disbrigo del contratto sia in Svizzera sia all'estero, e in particolare ai coassicuratori e ai riassicuratori, nonché alle compagnie svizzere e straniere appartenenti al gruppo Zurich Insurance Group SA.

Se un broker o un intermediario opera per il contraente, Zurich è autorizzata a trasmettergli i dati del cliente, quali ad esempio i dati relativi al disbrigo del contratto, all'incasso, ai casi assicurativi, ma non i dati relativi alla salute.

Inoltre Zurich viene autorizzata a richiedere presso uffici amministrativi e terzi informazioni utili alla stipulazione del contratto, al disbrigo del contratto o a un eventuale caso di assicurazione. In particolare, la persona da assicurare autorizza con la propria firma i medici curanti, gli ospedali e altri terzi a fornire a Zurich o al suo servizio medico, qualsiasi informazione necessaria per la proposta d'assicurazione e il disbrigo del contratto. A tal fine, essa svincola tali persone espressamente dall'obbligo di segretezza. Tale autorizzazione vale indipendentemente dal fatto che il contratto venga stipulato o meno. La persona sottoscritta ha il diritto di richiedere a Zurich le informazioni previste dalla legge in merito al trattamento dei dati che la riguardano personalmente.

Luogo/data	Persona assicurata
------------	--------------------

Questa registrazione va inviata a Zurich assieme alla «Conferma da parte della CP FFS».