Situazione economica

Indennità giornaliera per malattia (IGM)
Assicurazione complementare contro gli infortuni (LAINF-C)

Persona assicurata

Cognome, nome

Data di nascita ___ Giorno ___ Mese _____ Anno Sesso ☐ maschio ☐ femmina

Datore di lavoro, impresa Professione

Si prega di rispondere alle seguenti domande in modo completo e corretto. In caso di risposta non veritiera o incompleta, Elips Life SA può disdire il contratto. Elips Life SA non è tenuta a versare prestazioni per danni il cui verificarsi è stato influenzato dalla risposta errata alla domanda.

Situazione economica (compilare solo se deve essere assicurato il salario fisso*)

*** Nota:** la somma fissa del salario annuo si compone del salario AVS più i costi di conseguimento, che non devono superare il 30% del salario AVS. Inoltre, elipsLife prevede costi di conseguimento massimi di 50 000 franchi. Ai sensi dell'art. 2.1.3 delle CGA, l'obbligo di versare le prestazioni si limita al danno effettivamente subentrato.

Indicazioni sul salario AVS conteggiato p.a. degli ultimi tre anni:

	2022	2023	2024
Salario AVS conteggiato p.a.	CHF	CHF	CHF
Grado di occupazione	%	%	%

Per le ditte neocostituite, indicazioni sul presumibile salario AVS all'anno CHF

Data di fondazione ___ Giorno ___ Mese _____ Anno

Dati sui costi di conseguimento annui CHF

Massa salariale fissa richiesta per anno **CHF**

Sono già in vigore assicurazioni d'indennità giornaliera in caso di malattia / d'ind. giornaliera infortuni? ☐ sì ☐ no

Se sì, quali?

Società	Durata	Tipo di assicurazione	Somma
			CHF
			CHF
			CHF

Osservazioni

Nota: La base di calcolo dell'indennità giornaliera è la media dei salari soggetti all'AVS degli ultimi tre anni, tuttavia al massimo il salario fisso assicurato.

In caso di prestazione vengono verificati i dati di cui sopra e le prestazioni possono eventualmente essere adeguate o rifiutate.

Dichiarazione

La persona assicurata conferma di aver compilato i dati relativi alla situazione economica in modo completo e veritiero.

Luogo e data

Firma della persona assicurata

Dichiarazione in merito allo stato di salute

Indennità giornaliera per malattia (IGM)
Assicurazione complementare contro gli infortuni (LAINF-C)

Persona assicurata

Cognome, nome

Data di nascita ___ Giorno ___ Mese _____ Anno Sesso ☐ maschio ☐ femmina

Datore di lavoro, impresa Professione

1 Attualmente è in possesso della piena capacità lavorativa? ○ sì ○ no
In caso negativo, indicare il motivo, la durata e il grado percentuale dell'incapacità lavorativa:

_____ _____ %

2 Altezza _____ cm Peso _____ kg

3 Ha fumato o usato altri prodotti contenenti tabacco o nicotina (incl. sigarette elettroniche e snus) negli ultimi 3 anni? ○ sì ○ no
Se sì, indicare il tipo di consumo e la quantità:

4 Ha consumato alcolici negli ultimi tre anni? ○ sì ○ no
(1 unità = 1 dl di vino oppure 3 dl di birra oppure 4 cl di superalcolici)
Se sì, indicare quante unità alla settimana:

5 Negli ultimi 24 mesi è stato/a assente, interamente o parzialmente, dal lavoro per più di due settimane per motivi di salute? ○ sì ○ no
Se sì, indicare il motivo e la durata:

6a Negli ultimi cinque anni è stato/a ricoverato/a per un trattamento in un ospedale, un sanatorio o una casa di cura oppure è previsto un trattamento stazionario? ○ sì ○ no

6b Soffre o ha sofferto negli ultimi cinque anni di malattie, disturbi o malori fisici, mentali o psichici? ○ sì ○ no

6c Soffre delle conseguenze di un infortunio, una malattia o un'infermità (p.es. irrigidimento articolare, perdita di arti, fissazioni ossee, disabilità visiva o uditiva)? ○ sì ○ no

Se la risposta alla domanda 6a, 6b o 6c è sì, si prega di specificare:

Tipo di disturbo e di trattamento	dal	al	Medico curante o ospedale (indirizzo e reparto precisi)	Guarito/a senza conseguenze?
				○ sì ○ no
				○ sì ○ no
				○ sì ○ no

7 È stato sottoposto/a ad esami che non hanno portato a risultati normali: radiografia, ECG, test dell'HIV, analisi delle urine, analisi del sangue o altri esami speciali? ○ sì ○ no
Se sì, quali? Risultato?

8 Assume regolarmente farmaci? In caso di antipertensivi, indicare i valori dell'ultima misurazione. ○ sì ○ no
Se sì, quali? Motivo?
Medico curante:

9 La sua domanda di ammissione è stata respinta da una società d'assicurazione, rinviata o è stata accettata solo a condizioni più onerose (premio maggiorato, riduzione della durata dell'assicurazione o delle prestazioni)? ○ sì ○ no
Se sì, quando e perché?

10 Al momento attuale e all'inizio dell'assicurazione, nei confronti dell'assicurazione per l'invalidità, l'assicurazione militare, l'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia o l'assicurazione contro gli infortuni vengono fatte valere prestazioni o vengono fornite prestazioni da una di queste assicurazioni? ○ sì ○ no
Si prega di allegare una copia delle eventuali decisioni.

Se sì, quando e perché? _____

11 Quale medico conosce meglio la sua anamnesi? Se necessario, indicare diversi indirizzi.

Nome, indirizzo e numero di telefono: _____

Nome, indirizzo e numero di telefono: _____

12 È assicurata/o presso la sua cassa malati con un modello CallMed (telemedicina)? ○ sì ○ no

Se sì, presso quale cassa malati è assicurata/o? _____

13 Pratica sport? ○ sì ○ no

Se sì, quale/i sport/i? _____

Dichiarazione

La persona assicurata conferma di aver compilato i dati relativi alla dichiarazione in merito allo stato di salute e, ove necessario, alla situazione economica, in modo completo e veritiero.

Luogo e data _____ Firma della persona assicurata _____

Protezione dei dati

I dati necessari per la gestione del contratto vengono trattati da elipsLife in modo confidenziale e in conformità con le leggi svizzere e del Liechtenstein. Nell'ambito dell'esame della presente domanda vengono in particolare trattati anche dati relativi alla salute, che vengono salvati e archiviati in forma elettronica o cartacea da elipsLife. Ciò comprende anche i dati di contratti che non vengono messi in vigore o per i quali non viene pagato il primo premio. Ove necessario, questi dati vengono comunicati anche ad uffici pubblici, a riassicuratori e a eventuali coassicuratori. Se il contraente ha incaricato un broker della tutela dei suoi interessi, elipsLife concede al broker la possibilità di visionare i relativi dati, previa autorizzazione da parte del cliente.

Compagnia d'assicurazione

Elips Life SA, con sede centrale a Ruggell LI, in qualità di assuntore del rischio, è responsabile dell'esame del rischio, dell'assunzione del rischio e dell'incasso dei premi nonché della verifica e del versamento di prestazioni assicurate. L'indirizzo postale per l'amministrazione e il reparto prestazioni è Zurigo.

Si prega di inviare la domanda debitamente compilata al seguente indirizzo:

CONFIDENZIALE
elipsLife
Account Management
Thurgauerstrasse 54
Casella postale
CH-8050 Zurigo

Telefono: +41 44 215 45 42
E-mail: account.ch@elipsLife.com
Internet: www.elipsLife.com

Consenso in materia di protezione dei dati e procura

Indennità giornaliera per malattia (IGM)
Assicurazione complementare contro gli infortuni (LAINF-C)

Cognome, nome _____

Occupazione _____

Data di nascita _____ / _____ / _____ ○ uomo ○ donna

Datore di lavoro _____

Numero AVS _____

Apponendo la sua firma in calce al presente documento, lei acconsente al trattamento dei suoi dati, in particolare alla raccolta di dati concernenti la salute e di altri dati personali degni di particolare protezione, da parte di Elips Life SA (di seguito «elipsLife») presso soggetti tenuti al segreto, come medici, ospedali e altre assicurazioni. Le presenti dichiarazioni di consenso e di esonero dall'obbligo del segreto sono indispensabili per l'esame dello stato di salute. In loro mancanza, l'assicurazione delle prestazioni richieste di regola non sarà possibile oppure sarà limitata al minimo previsto per legge.

La seguente informativa riguarda la gestione dei dati relativi al suo stato di salute e di altri dati personali degni di particolare protezione:

- da parte della stessa elipsLife (di seguito, cifra 1)
- in caso di comunicazione a soggetti esterni a elipsLife (di seguito, cifra 2)
- in relazione alla consultazione presso terzi (di seguito, cifra 3).

1. Raccolta, conservazione, utilizzo e cancellazione dei dati concernenti la sua salute da parte di elipsLife

Nella misura in cui ciò sia necessario per l'esame dello stato di salute, elipsLife raccoglie, conserva e utilizza i dati personali da lei comunicati nell'ambito dell'esame dello stato di salute. Essi comprendono informazioni relative alla sua salute e informazioni che elipsLife, con il suo consenso, raccoglie presso fornitori di prestazioni mediche (medici, ospedali, fisioterapisti ecc.) e altri assicuratori (assicurazioni per l'invalidità, assicurazione contro la disoccupazione, assicurazione militare, istituti di previdenza professionale, assicurazioni private ecc.). elipsLife utilizza tali informazioni per l'esame dello stato di salute e per garantire la qualità. I dati relativi a tale esame dello stato di salute vengono conservati in formato elettronico presso elipsLife e cancellati alla scadenza dell'obbligo di archiviazione prescritto dalla legge.

2. Comunicazione dei dati concernenti la sua salute a soggetti esterni a elipsLife

2.1 Trasmissione a fini di perizia medica

Per l'esame dello stato di salute può essere necessario ricorrere a periti medici. Apponendo la sua firma in calce al presente documento, lei acconsente alla trasmissione dei suoi dati personali a periti medici, qualora ciò sia necessario per l'esame dello stato di salute e fintantoché i suoi dati vengono ivi utilizzati conformemente allo scopo e fino a quando i risultati vengono ritrasmessi a elipsLife. Le persone che operano per elipsLife e i periti sono esonerati dall'obbligo del segreto in relazione a tali dati.

2.2 Delega di compiti ad altri soggetti (imprese o persone)

elipsLife è autorizzata a delegare a terzi determinati compiti, come la gestione dei contratti o l'elaborazione dei casi di prestazione, che possono comportare la raccolta, il trattamento o l'utilizzo dei suoi dati personali. Può trattarsi di società del gruppo collegate o di altri uffici in Svizzera o nello Spazio economico europeo (SEE). Secondo quanto accertato dal Consiglio federale, questi Stati garantiscono una protezione dei dati sicura e affidabile.

elipsLife può anche avvalersi di eventuali terzi per l'erogazione di altri servizi. Un elenco aggiornato è reperibile su internet all'indirizzo www.elipslife.com/it/che/Downloads. La liste des prestataire de services peut également être téléchargée directement sur www.elipslife.com/prestatairedeservices. Apponendo la sua firma in calce al presente documento, lei acconsente alla trasmissione dei suoi dati a tali soggetti, nei limiti in cui i dati vengono raccolti, trattati e utilizzati per gli scopi indicati nella stessa misura in cui elipsLife vi sarebbe autorizzata.

2.3 Trasmissione a riassicurazioni e a coassicuratori
Per garantire l'adempimento dei propri obblighi, elipsLife ha stipulato contratti con riassicurazioni che si assumono il rischio in tutto o in parte oppure un determinato rischio viene assicurato insieme a un coassicuratore. Inoltre, è possibile che il riassicuratore assista elipsLife nell'esame dello stato di salute e nella valutazione dei processi vista la sua particolare competenza in materia. Affinché il riassicuratore e un eventuale coassicuratore possano farsi un quadro dell'esame dello stato di salute, è possibile che elipsLife presenti i documenti relativi all'esame dello stato di salute al riassicuratore o al coassicuratore. Questo avviene, in particolare, quando devono essere assicurate prestazioni di importo elevato.

Apponendo la sua firma in calce al presente documento, lei acconsente alla trasmissione dei suoi dati alle riassicurazioni e a eventuali coassicuratori e al loro utilizzo, nella misura in cui ciò sia necessario per gli scopi citati.

2.4 Trasmissione al suo datore di lavoro e al suo broker assicurativo
elipsLife non trasmette alcuna informazione relativa alla sua diagnosi al suo datore di lavoro o al broker assicurativo di quest'ultimo. Ove ciò sia necessario per la gestione del contratto d'assicurazione con il suo datore di lavoro, quest'ultimo può tuttavia ricevere informazioni circa l'eventualità che vi sia stata un'affiliazione all'istituto di previdenza e a quali condizioni.

3. Consultazione di dati personali presso terzi
Per l'esame dello stato di salute può essere necessario consultare informazioni di soggetti che dispongono dei dati concernenti la sua salute e di altri dati personali degni di particolare protezione (p.es. medici, ospedali o altre assicurazioni). La consultazione di tali informazioni presuppone normalmente anche la comunicazione di dati personali ai relativi soggetti. elipsLife non la informa separatamente in merito alla richiesta di informazioni presso terzi nell'ambito dell'esame dello stato di salute. Tuttavia, lei può richiedere in qualsiasi momento di sapere quali dati che la riguardano vengono trattati. A questo proposito la preghiamo di rivolgersi al suo interlocutore competente.

Vengono consultati solo soggetti che dispongono delle informazioni rilevanti per l'esame dello stato di salute e solo nella misura in cui ciò sia necessario per l'esame dello stato di salute. A tale scopo abbiamo bisogno del suo consenso, comprensivo di esonero dall'obbligo del segreto per tali soggetti, qualora nell'ambito delle suddette consultazioni sia necessario trasmettere dati concernenti la salute o altri dati personali degni di particolare protezione.

Consenso in materia di protezione dei dati e procura

Cognome, nome _____

Occupazione _____

Data di nascita _____ / _____ / _____ ○ uomo ○ donna

Datore di lavoro _____

Numero AVS _____

Prendo atto, prestandovi il mio consenso, del trattamento dei dati sopra illustrato alle cifre da 1 a 3. Acconsento, inoltre, al fatto che Elips Life SA (di seguito «elipsLife») – nella misura in cui ciò sia necessario per l'**esame dello stato di salute** – raccolga e utilizzi i miei dati personali presso i soggetti e le persone seguenti e per tali scopi:

- periti (medici) esterni
- persone esercitanti una professione sanitaria e loro ausiliari
- datori di lavoro
- assicurazioni sociali (uffici AI, assicurazioni LAINF, casse di compensazione AVS, assicurazioni malattia, casse di disoccupazione, ecc.)
- istituti di previdenza professionale
- altre assicurazioni private coinvolte
- autorità amministrative e giudiziarie

Esonero le persone menzionate e i collaboratori e le collaboratrici degli istituti succitati dal loro obbligo del segreto. Acconsento, inoltre, al fatto che in tale contesto – ove necessario – i miei dati personali vengano trasmessi da elipsLife a tali soggetti ed esonero in tal senso anche le persone che operano per elipsLife dall'obbligo del segreto.

➡

_____	_____	_____
Luogo, data	**Cognome, nome**	**Firma della persona assicurata**

Si prega di inviare il consenso datato e firmato a:
Elips Life SA
Account Management
Thurgauerstrasse 54
CH-8050 Zurigo
E-mail: account.ch@elipsLife.com

Elips Life SA (di seguito «elipsLife») ha la sua sede centrale a Ruggell. Con il marchio elipsLife vengono offerte tutte le assicurazioni che coprono le conseguenze finanziarie di malattie e infortuni. In primo piano vi sono la previdenza professionale e privata per decesso e invalidità. elipsLife attribuisce grande importanza alla protezione dei dati e si adopera conseguentemente per un trattamento rigoroso dei suoi dati. In caso di domande al riguardo, può rivolgersi al consulente per la protezione dei dati di elipsLife. Ulteriori informazioni sulla protezione dei dati presso elipsLife sono reperibili anche all'indirizzo www.elipslife.com/it/che/Legal. Lei può richiedere in qualsiasi momento di sapere quali dati che la riguardano vengono trattati e può richiederne la rettifica, la cancellazione o una limitazione del trattamento. Può inoltre revocare in qualsiasi momento il suo consenso al trattamento dei suoi dati personali. Tuttavia, in caso di revoca, di regola non sarà possibile erogare prestazioni. Le relative richieste possono essere inviate per posta a Elips Life SA, Compliance, Industriestrasse 56, 9491 Ruggell o per e-mail a compliance@elipsLife.com.

Se ritiene le informazioni ricevute non esaustive, può inoltre rivolgersi all'Incaricato federale della protezione dei dati e della trasparenza (IFPDT), Feldeggweg 1, 3003 Berna (e-mail: info@edoeb.admin.ch) o all'ente Datenschutzstelle (DSS), Städtle 38, Postfach 684, LI-9490 Vaduz (e-mail: info.dss@llv.li).