

VERBALE DI CONSULENZA.

Data della consulenza (giorno/mese/anno)

Nome consulente/i

CONTRAENTE DELL'ASSICURAZIONE

(P.f. scrivere in maiuscolo e minuscolo, indicando eventuali accenti.)

Cognome

Nome

Data di nascita (giorno/mese/anno)

ALTRI MEMBRI DELLA FAMIGLIA

Cognome

Nome

Data di nascita (giorno/mese/anno)

Cognome

Nome

Data di nascita (giorno/mese/anno)

Cognome

Nome

Data di nascita (giorno/mese/anno)

La consulenza, avvenuta prima della sottoscrizione della proposta d'assicurazione, sui seguenti punti è stata approfondita. Ne tengo/teniamo conto e do/diamo completo accordo (contrassegnare i punti discussi):

ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE (LAMAL)

Condizioni del/dei modello/i assicurativo/i prescelto/i (modelli FAVORIT)

Franchigia prescelta e costi annui massimi risultanti

ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI SECONDO LA LEGGE SUL CONTRATTO D'ASSICURAZIONE (LCA)

Tariffa in base all'età d'entrata/tariffa in base all'età effettiva SWICA

Diritti/obblighi legati al programma di bonus BENEVITA

Partecipazione ai costi per i prodotti COMPLETA TOP, COMPLETA FORTE, OPTIMA e HOSPITA (compresa la variante HOSPITA FLEX)

Partecipazione ai costi stabilita dalla legge o per contratto come pure il computo della partecipazione ai costi dell'assicurazione di base con quella delle assicurazioni complementari di SWICA

Termine d'attesa in caso di maternità per i prodotti HOSPITA e GLOBAL CARE (360 giorni dall'inizio dell'assicurazione)

Conseguenze in caso di comportamento contrario ai termini del contratto e di indicazioni non veritiere relative alla valutazione del rischio, alla persona e allo stato di salute (reticenza)

Rinuncio/Rinunciamo espressamente ad assicurazioni complementari secondo LCA presso SWICA.

I cambiamenti dello stato di salute che si verificano successivamente alla dichiarazione sullo stato di salute non devono essere comunicati fino alla stipulazione dell'assicurazione (ricevimento della conferma di ammissione o della polizza) ad eccezione se viene stipulato il prodotto «Assicurazione rischio di capitale per morte e invalidità a seguito di malattia (KTI)». Ciò concerne in particolare malattie e/o infortuni che si verificano dopo la presentazione della proposta.

Se è stato incluso il rischio d'infortunio nelle assicurazioni complementari SWICA e nelle assicurazioni complementari SWICA che coprono unicamente il rischio d'infortunio, gli infortuni e le loro conseguenze sono assicurati unicamente se l'evento infortunistico si è verificato per la prima volta dopo l'inizio dell'assicurazione.

VARIE

Con la presente confermo/confermiamo che l'appuntamento per la consulenza, che ha portato alla proposta, non è avvenuto a seguito di un'acquisizione telefonica a freddo.

Con la presente confermo/confermiamo di aver ricevuto le seguenti informazioni:

Informazioni secondo l'articolo 3 della Legge sul contratto d'assicurazione (in particolare sui rischi assicurati, sui premi dovuti e altri obblighi del/della contraente dell'assicurazione, volume della copertura e prestazione [compresa l'inclusione o l'esclusione della copertura del rischio d'infortunio] e inoltre se si tratta di un'assicurazione di somme o di un'assicurazione contro i danni, sulla durata e sull'estinzione del contratto d'assicurazione, sul diritto di revoca secondo l'articolo 2a LCA [compresa la forma e il termine della revoca], sul termine per l'inoltro della notifica di sinistro e sulla validità temporale della copertura assicurativa)

Le rilevanti condizioni generali d'assicurazione, le condizioni complementari, le condizioni complementari d'assicurazione e le condizioni particolari

Informazioni secondo l'articolo 45 della legge sulla sorveglianza degli assicuratori (in aggiunta, per intermediarie/intermediari assicurative/i non vincolate/i: divulgazione delle indennità conformemente all'art. 45 b della legge sulla sorveglianza degli assicuratori)

Informazione che non sussistono conflitti d'interesse ai sensi dell'art. 45 a della legge sulla sorveglianza degli assicuratori o divulgazione degli stessi, se esistenti

PROTEZIONE DEI DATI

La Dichiarazione sulla protezione dei dati è stata consegnata al/alla cliente oppure ci si è assicurati che il/la cliente abbia accesso alla Dichiarazione sulla protezione dei dati.

Osservazioni particolari:

La/Le persona/e sottoscrittore/i conferma/no con la presente di essere stata/e informata/e in dettaglio dalla persona che ha offerto la consulenza circa i punti contrassegnati nel presente formulario, di averlo compreso e di accettarlo.

Luogo/data

Firma del/della contraente dell'assicurazione

Firma del/della coniuge/partner

Firma del maggiorenne

Firma del maggiorenne

Nome e firma del/della consulente

A VOSTRA DISPOSIZIONE 24 ORE SU 24, 365 GIORNI ALL'ANNO.

Telefono 0800 80 90 80 / [swica.ch](https://www.swica.ch)

