

DICHIARAZIONE SULL'AMMISSIONE NELL'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE.

STIMATA CLIENTE, STIMATO CLIENTE

La ringraziamo per aver scelto SWICA. Per completare la sua proposta la preghiamo di leggere le seguenti disposizioni e, dove necessario e desiderato, indicare il proprio consenso contrassegnando la casella corrispondente e confermare con la sua firma.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER L'AMMISSIONE NELL'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE

Con l'inoltro della dichiarazione di adesione lei richiede l'ammissione nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal. Con questo conferma che le indicazioni della dichiarazione di adesione sono corrette e complete.

Lei ha accettato in modo legalmente vincolante le CGA e le CC, che sono parte integrante del contratto d'assicurazione, e ha preso atto della Dichiarazione di protezione dei dati di SWICA. Come assicurato/a in un'assicurazione con forma assicurativa speciale, lei ha accettato di sottoporsi a tutte le cure e a tutti gli esami medici secondo le relative prescrizioni.

ELABORAZIONE DEI DATI NELL'AMBITO DELLO SVOLGIMENTO DEL CONTRATTO

Nell'ambito dello svolgimento del contratto secondo LAMal, SWICA elabora i dati in conformità alle prescrizioni di legge.

SCAMBIO DI DATI ALL'INTERNO DEL GRUPPO SWICA NELL'AMBITO DELLO SVOLGIMENTO DEL CONTRATTO

Al fine di velocizzare lo svolgimento del contratto, SWICA è autorizzata allo scambio e all'impiego dei dati trattati, compresi eventuali dati relativi alla salute, nell'ambito dell'esecuzione del contratto, in seno all'unità organizzativa dell'assicuratore competente, come pure tra le società del gruppo SWICA che operano nel settore delle assicurazioni.

ALTRE ELABORAZIONI DEI DATI

Se lei è d'accordo, SWICA Assicurazioni SA elaborerà i dati nel quadro di attività di marketing (per attività di marketing SWICA intende la ricerca di mercato basata su dati, l'assistenza integrale, la consulenza e l'informazione sull'offerta di prestazioni di servizio, la preparazione e la presentazione di prestazioni di servizio su misura, ad esempio la pubblicità online e nell'ambito degli stampati, la presentazione di offerte di aumento assicurativo in base a valori statistici, eventi per clienti, interessati e culturali, sponsorizzazioni, rilevamento della soddisfazione dei clienti, esigenze o tendenze future dei clienti, oppure valutazioni di potenziali relativi ai clienti, al mercato o ai prodotti). Inoltre i dati di SWICA Assicurazione malattia SA vengono comunicati a SWICA Assicurazioni SA.

ULTERIORI INFORMAZIONI SULL'ELABORAZIONE DEI DATI

Per qualsiasi altra informazione relativa all'elaborazione dei dati, a eventuali incaricati di elaborare i dati, alle basi legali e agli scopi dell'elaborazione dei dati, come pure ai diritti che lei ha quale persona interessata nell'elaborazione dei dati, si rimanda alla Dichiarazione di protezione dei dati (anche sotto [swica.ch/protezione-dei-dati](https://www.swica.ch/protezione-dei-dati)) di SWICA.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Sono stato informato in merito a tutte le disposizioni importanti per il rapporto d'assicurazione e sulle CGA e CC rilevanti, come pure sugli eventuali accordi speciali, e mi dichiaro completamente d'accordo.

Sono d'accordo con l'elaborazione dei dati per attività di marketing.

Cognome

Nome

Data di nascita

(giorno/mese/anno)

Luogo/data

Firma del/della proponente/representante legale

Nome e firma del/della consulente

Numero del partner di vendita

Allegati consegnati:

Panoramica delle prestazioni
Promemoria/volantini

CGA/CC

Dichiarazione di protezione dei dati

Dovere d'informazione (art. 45 LSA)

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

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

