

ANNUNCIO D'ASSICURAZIONE.

Polizza individuale

Polizza familiare

Allegare «Procura per la presentazione della proposta e l'amministrazione dell'assicurazione unificate» per ogni persona maggiorenne.

1. DATI RELATIVI ALL'ASSICURATORE ATTUALE

Nome del suo assicuratore di base attuale

Disdetta da parte di:

SWICA

Intermediario/a

Cliente

2. PROPONENTE

In quale lingua desidera i documenti?

Tedesco

Francese

Italiano

Inglese

Cognome

Nome

N. d'assicurato/a SWICA

Data di nascita

(giorno/mese/anno)

Sesso

maschile

femminile

Nazionalità

Via/n.

NPA/Luogo/Paese

Indirizzo di corrispondenza/
Casella postaleTelefono
(raggiungibile durante il giorno)

E-mail

Permesso di dimora/
domicilio

B C D L G F N S Ci Sans-Papiers

Diplomatico/a o persona beneficiaria di privilegi in virtù del diritto internazionale (art. 6 OAMal)

Status durante il soggiorno
all'estero

Lav. distaccato/a

Frontaliere/a

Pensionato/a (AVS/AI)/Disoccupato/a

Familiare

Domicilio (art. 23 CC)

Svizzera

Estero

(Contrassegnare solo per distaccati/e, L.)

3. PROPONENTE (IN ARRIVO DALL'ESTERO O FRONTALIERE/A)

Data dell'annuncio controllo abitanti per
chi si trasferisce dall'estero*Inizio lavoro/autorizzazione
per frontaliere/a*

Ha familiari domiciliati nell'UE/AELS senza attività lucrativa?

Sì

No

Se sì, la preghiamo di compilare l'allegato.

* La data effettiva di inizio assicurazione può variare dalla data indicata a seconda del gruppo di persone o della durata del soggiorno.

Si prega di allegare le copie dei relativi documenti: permesso di dimora, annuncio al Comune, permesso di frontaliere, carta di legittimazione, contratto di lavoro ecc.

Percepisce un salario, una rendita o altre prestazioni monetarie dall'estero?

Sì

No

In caso affermativo, da quali Paesi?

All'arrivo in Svizzera è stato/a esonerato/a dall'obbligo di assicurazione?

Sì

No

In caso affermativo, allegare una copia della disposizione di esenzione.

4. DATI RELATIVI ALLA SITUAZIONE LAVORATIVA

Percepisce prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione (AD)?	Sì	No
Lavora almeno 8 ore settimanali presso lo stesso datore di lavoro?	Sì	No

5. MODALITÀ DI PAGAMENTO

5.1 MODALITÀ DI PAGAMENTO DESIDERATA PER I PREMI E LE PARTECIPAZIONI AI COSTI (solo conto bancario/postale in Svizzera)

Pagamento dei premi	E-fattura/eBill*	Sistema di addebito diretto/Debit Direct**			
	Polizza di versamento (PVR)	Incasso dei premi ditta			
Fatturazione dei premi	mensile	bimestrale	trimestrale	semestrale	annuale
Pagamento della partecipazione ai costi	E-fattura/eBill*	Sistema di addebito diretto/Debit Direct**	Polizza di versamento (PVR)		

*Alla ricezione della polizza d'assicurazione, si iscriva per l'e-fattura/eBill presso la sua banca/posta.

**Allegare il modulo di addebitamento diretto/Debit Direct debitamente compilato.

Fino alla ricezione dell'autorizzazione della sua banca per l'addebito diretto, per il pagamento dei premi/delle partecipazioni ai costi le inviamo delle polizze di versamento (PVR).

5.2 CONTO PER ACCREDITI (solo conto bancario/postale in Svizzera)

Titolare del conto

IBAN (banca o posta) CH

6. SOLUZIONE ASSICURATIVA PERSONALE

6.1 ASSICURAZIONE DELLE CURE MEDICO-SANITARIE SECONDO LAMAL

Modello di assicurazione di base¹

					Inizio dell'assicurazione (giorno/mese/anno)	Premio mensile in CHF
Franchigia in CHF	Infortunio	Sì	No	Regione		

L'offerta è allestita con riserva di eventuali modifiche dei premi.

Osservazioni particolari:

¹ Assicuratore SWICA Assicurazione malattia SA

DICHIARAZIONE DEL/DELLA FIRMATARIO/A PER FRONTALIERI/E.

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 selezionando 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/rappresentante legale

Nome e firma del/della consulente

Numero del partner di vendita

Allegati consegnati:

Panoramica delle prestazioni

CGA/CC

Dovere d'informazione (art. 45 LSA)

Promemoria/volantini

Dichiarazione di protezione dei dati

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

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

