

**CONCORDIA**

Assicurazione svizzera malattie e infortuni SAHauptstz  
 Bundesplatz 15, 6002 Lucerna  
 Tel. 041 228 01 11  
 Fax 041 228 02 07  
 www.concordia.ch

Agenzia / Agenzia locale
--------------------------

### Dichiarazione sullo stato di salute Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera

Nuova ammissione     Cambiamento d'assicurazione

Numero del contratto (n° della sezione) \_\_\_\_\_

Cognome, Nome	_____	<input type="checkbox"/> uomo	<input type="checkbox"/> donna
Tipo d'attività, professione	_____		
Via, n°	_____		
NPA / Località	_____		
Nazionalità	_____	Data di nascita	_____ Stato civile
Finora assicurato presso	_____	Salario annuo assicurato in CHF	_____
Prestazione assicurata in %	_____	Termine d'attesa in giorni	_____ <input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> Malattia & Infortunio

Barrare la voce che interessa	no	si	dettagli (motivo, durata, medico, guarito/a, ecc.)
01 Attualmente accusa dei disturbi alla salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02 Sta attualmente effettuando dei trattamenti / controlli / accertamenti o questi le sono stati raccomandati (presso il medico, medico naturalista, terapeuta o altri)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03 È prevista o le hanno raccomandato un'operazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04 È stato effettuato un test HIV che ha avuto esito "positivo"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05 Sussiste/Sussisteva un'affezione tumorale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06 Sussistono/Sussistevano disturbi psichici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07 Sussistono/Sussistevano dipendenze da alcol, medicinali, droghe o altre sostanze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08 Sussiste un'invalidità o un'infermità congenita (se sì, p.f. alleggi una copia della decisione AI)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
09 Una proposta d'assicurazione le è già stata negata da un altro assicuratore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 È in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data prevista per il parto?
11 Negli ultimi 5 anni è stato/a incapace al lavoro per oltre 4 settimane o esiste attualmente un'incapacità lavorativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12 Malattie/Infortuni che hanno reso necessario un trattamento o un esame ambulatoriale, stazionario, medico/medico-naturalista/terapeutico? nessuno <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> , i seguenti:			
Malattia/Infortunio	Quando? Per quanto tempo?	Medico, ospedale, terapista, ecc.:	Conseguenze?
			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>

Per maggiori indicazioni può essere utilizzato il retro della presente.

13 Nome e indirizzo del medico di famiglia risp. del medico che è più informato sui suoi dati clinici (storia clinica):

14 Altezza \_\_\_\_\_ cm                      Peso \_\_\_\_\_ kg

**Autorizzazione**

Con la presente autorizzo la CONCORDIA a richiedere le necessarie informazioni per l'**esame della proposta per le assicurazioni secondo la LCA nonché per l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la LAMal** presso i medici, gli enti ospedalieri, le istituzioni mediche, le assicurazioni sociali nonché le istituzioni d'assicurazione private. Alle domande **della dichiarazione sullo stato di salute per la proposta d'assicurazione** ho risposto in modo veritiero e completo.. Dati incompleti e non veritieri autorizzano la CONCORDIA a rifiutare le prestazioni, ad applicare delle riserve o a recedere dal contratto.

Luogo e data

Proponente, risp. rappresentante legale

.....

.....

Data e visto Sede principale

.....