

Medical Underwriting

Swiss Life Generations (Italy)

Si prega di compilare il questionario sottostante e di inviare eventuali altri referti medici disponibili al seguente indirizzo:

Per e-mail: underwriting.lie@swisslife.com

Tramite corriere:
Swiss Life (Liechtenstein) AG
Underwriting
Industriestrasse 56
9491 Ruggell
Liechtenstein

Si prega di completare, in modo accurato ed in stampatello, duplice copia di questo documento. Qualora lo spazio non fosse sufficiente, si prega di utilizzare un foglio a parte.

Proposta n°:

Medico

Sig.ra Sig

Cognome:
(indicare il cognome da nubile)

Nome:
(in caso di più nomi, sottolineare il nome utilizzato abitualmente)

Via e numero di residenza:

C.A.P. e città:

Paese:

Timbro del medico:

Assicurato

1° Contraente 2° Contraente Altra persona

Sig.ra Sig

Cognome:
(indicare il cognome da nubile)

Nome:
(in caso di più nomi, sottolineare il nome utilizzato abitualmente)

Data di nascita:
(GG/MM/AAAA)

Questionario medico

La mancata trasmissione di informazioni sugli elementi materiali può rendere il contratto nullo. Gli elementi materiali sono quelle informazioni che possono influenzare l'Assicuratore nella valutazione e nell'accettazione della domanda di assicurazione. Qualora vi siano dubbi sull'attribuzione di particolari informazioni alle categorie degli elementi materiali, tali elementi dovranno essere trasmessi. Per ragioni di riservatezza, la preghiamo di trasmetterci la dichiarazione medica in busta chiusa all'indirizzo indicato nella prima pagina.

Assicurato

1. Indichi la Sua statura e il Suo peso _____ cm _____ kg
2. Fuma o ha fumato negli ultimi 12 mesi? SÌ NO In caso di risposta affermativa, La preghiamo di indicare il consumo medio giornaliero e il tipo di tabacco _____
3. Consuma bevande alcoliche? SÌ NO In caso di risposta affermativa, La preghiamo di indicare il quantitativo medio settimanale.

(2 unità = 0,5 litri di birra, 1,5 unità = piccolo bicchiere di vino (125 ml);
1.5 unità = superalcolici/liquore (35 ml))

Per ogni risposta AFFERMATIVA, fornire i dettagli completi, comprese date, diagnosi, terapia, durata, nominativi e indirizzi dei medici, nella sezione che accompagna ogni singola domanda.

4. Le sono mai state diagnosticate o è mai stato/a trattato/a per una delle seguenti patologie? Dettagli
- a. Colesterolo alto, pressione arteriosa alta, attacco cardiaco, rumori cardiaci, prollasso della valvola mitralica, altri problemi delle valvole cardiache, dispnee, tachicardia o aritmia, fastidi o dolori al torace, altre patologie cardiache e circolatorie. SÌ NO
- b. Asma, bronchite, tosse persistente, tosse con emissione di sangue, polmonite, tubercolosi (TB), problemi a livello toracico o respiratorio / fastidi o altri disturbi respiratori o polmonari. SÌ NO
- c. Gastrite, ulcera gastrica o duodenale, sangue nelle feci, fistola, emorroidi, altri disturbi dell'esofago, dello stomaco o dell'intestino. SÌ NO
- d. Diabete, disturbi tiroidei, altri disturbi endocrini SÌ NO
- e. Sangue, proteine o zucchero nelle urine, calcoli renali, infezioni, incontinenza urinaria, altri problemi renali o della vescica SÌ NO
- f. Anemia, altri disturbi sanguigni, soggetto non idoneo alla donazione di sangue, ricezione di trasfusioni o prodotti ematici in relazione a emofilia o altri disturbi. SÌ NO
- g. Cancro, tumore(i), cisti o neoplasia(e) di qualsiasi tipo SÌ NO
- h. Epilessia, attacco(i), ictus, paralisi, debolezza di un arto(i), cefalea(e) prolungata(e), esaurimento nervoso, perdita di conoscenza, depressione o altri disturbi nervosi/mentali. SÌ NO
- i. Secrezioni auricolari, epistassi, diplopia, disturbi alla vista, problemi uditivi o della parola, altri disturbi di orecchie, occhi, naso o gola. SÌ NO
- j. Itterizia, portatore di epatite B o di altre forme di epatite, disturbi epatici o biliari. SÌ NO
- k. Disturbi di qualsiasi tipo degli organi genitali o degli organi riproduttivi (compresi disturbi o ingrossamento della prostata) o disturbi ginecologici (compresi disturbi del seno) SÌ NO
- l. Ernia del disco, gotta, artrite, osteoporosi, dolore e deformazioni o disturbi muscolari, nervosi, spinali, degli arti o delle articolazioni, gravi lesioni SÌ NO
- m. Lupus eritematoso sistemico, febbri reumatiche, artrite reumatoide, morbo di Kawasaki, patologie o altri disturbi del sistema immunitario. SÌ NO
- n. Altre patologie, disturbi, operazioni, disabilità fisiche o incidenti non menzionati in precedenza. SÌ NO
5. Ha mai avuto problemi legati all'abuso di alcol o sostanze stupefacenti? Le è mai stato consigliato da un medico di ridurre il consumo di alcolici? SÌ NO

6. Ha mai ricevuto (Lei o la Sua/il Suo partner) consigli in merito alla necessità di un trattamento o è mai stato/a trattato/a in relazione a una malattia a trasmissione sessuale (HIV/AIDS), sindromi legate all'AIDS o altre condizioni connesse all'AIDS? SÌ NO
7. Nel corso degli ultimi 5 anni è stato/a sottoposto/a radiografie, ecografie, TC, tomografia PET, biopsia, elettrocardiogramma (ECG), esame del sangue o delle urine, mammografia, pap test (oppure è in attesa dei risultati o le sono stati consigliati esami di questo tipo) oppure a esami simili? SÌ NO
8. I suoi genitori naturali o i suoi fratelli e sorelle, viventi o deceduti, hanno sofferto di diabete, malattie cardiache, ictus, ipertensione, tubercolosi, patologie renali, cancro (se sì, indicare la sua collocazione), disturbi mentali, demenza/morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, sindrome di Down, malattia policistica renale, sindrome di Chorea Huntington, poliposi familiare del colon, sclerosi multipla o qualsiasi altro disturbo ereditario prima dei 65 anni? SÌ NO

In caso di risposta **AFFERMATIVA**, indicare il tipo di malattia, il grado di parentela, la diagnosi e l'età al momento del decesso (ove applicabile)

9. **Per richiedenti di sesso femminile:** È attualmente in gravidanza? SÌ NO

In caso di risposta **AFFERMATIVA**, indicare il mese della gravidanza

A seguire, si prega di fornire i dettagli completi, comprese le date, la diagnosi, il trattamento, la durata, i nomi e gli indirizzi dei medici/delle cliniche e degli ospedali, in relazione alle risposte affermative fornite alle domande 1-9 della sezione A.

Qualora Lei necessiti di più spazio per rispondere esaurientemente, si prega di allegare ulteriori pagine al modulo di richiesta e di annettere un riferimento a tali pagine.

Ci sono pagine aggiuntive?

SÌ NON

In caso di risposta **AFFERMATIVA**, tali pagine dovranno essere datate e sottoscritte dall'assicurato, con riferimento alla presente dichiarazione clinica.

- 10a. Ha un medico o una clinica dove si reca regolarmente per le visite? SÌ NO
- In caso di risposta **AFFERMATIVA**, si prega di indicare a seguire il nominativo e l'indirizzo del medico o della clinica dove si reca regolarmente per le visite.

Nome del medico:

Indirizzo della clinica:

Motivo e risultato dell'ultima consultazione:

- 10b. In mancanza di un medico o di una clinica fissa, indicare i nominativi e gli indirizzi di tutti i medici consultati nel corso degli ultimi 2 anni, insieme al motivo e al risultato di ogni consultazione. SÌ NO

Nome del medico:

Indirizzo della clinica:

Motivo e risultato dell'ultima consultazione:

- 11a. Negli ultimi 3 mesi, è risultato positivo al COVID-19? SÌ NO
- In quale data: _____

11b. Nell'ultimo mese:

Le è stato consigliato di isolarsi a causa del COVID-19 (ad esclusione degli ordini governativi obbligatori di isolamento)? SÌ NO

Ha avuto tosse persistente, febbre, temperatura elevata o è stato in contatto con un individuo di cui si sospetta o è stata confermata la presenza di COVID-19? SÌ NO

- 11c. Se ha risposto affermativamente a una delle domande 11. di cui sopra, si è ripreso completamente e ha ripreso le sue normali attività? SÌ NO

Protezione dei dati

In conformità al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e alla libera circolazione di tali dati, e alla direttiva di abrogazione 95/46/CE ("Regolamento generale sulla protezione dei dati"), nonché alla legge del Liechtenstein in materia, emanata in conformità al Regolamento generale sulla protezione dei dati, Swiss Life registra ed elabora le informazioni personali fornite dall'assicurato in questo modulo, nonché i dati personali raccolti successivamente, al fine di valutare i rischi, preparare, emettere, amministrare e adempiere agli obblighi contrattuali, risolvere eventuali reclami e prevenire le frodi.

I termini e le condizioni relative a questo trattamento dei dati sono disponibili sul seguente sito web: <https://www.swisslife-global.com/global-solutions/footer/privacy.html>

Firmando il presente modulo, autorizzate esplicitamente Swiss Life a memorizzare ed elaborare (Swiss Life è quindi responsabile dell'elaborazione dei dati) i vostri dati personali nella misura richiesta dalle norme e dalle leggi vigenti in materia di protezione dei dati, compresi i dati specifici ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati (in particolare i dati sanitari).

Segreto professionale

Lei autorizza Swiss Life a comunicare i suoi dati personali (compresi i dati sanitari) a subappaltatori (a condizione che siano stabiliti nello Spazio economico europeo o in Svizzera), intermediari, autorità, rappresentanti fiscali e sanitari, se del caso, e a liberare Swiss Life dall'obbligo del segreto ai sensi degli artt. 104 e 105 della legge del 12 Giugno 2015 sulla sorveglianza assicurativa del Liechtenstein e disciplinante il segreto professionale in materia assicurativa.

Dichiarazioni e firme

L'assicurato, sottoscrivendo il presente modulo, dichiara che le risposte alle domande relative alle informazioni mediche (compresi, se del caso, i documenti allegati), sia nel caso delle risposte fornite di proprio pugno che nel caso delle informazioni fornite da un agente con il medesimo scopo, sono corrispondenti al vero e complete. L'assicurato, inoltre, dichiara che la presente, insieme alle dichiarazioni presentate dal assicurato al personale medico agente per conto di Swiss Life (Liechtenstein) AG, o di qualsiasi altra compagnia di assicurazione/intermediario, costituirà la base del contratto. L'assicurato è al corrente del fatto che la mancata trasmissione di tutti gli elementi materiali renderà il contratto nullo. Gli elementi materiali sono quelle informazioni che possono influenzare la valutazione e l'accettazione della domanda di assicurazione.

Luogo/data

Firma del Assicurato

/ /

Firmando questo modulo, il medico conferma di aver discusso con l'assicurato tutte le domande del presente questionario medico. Il professionista prende inoltre atto che Swiss Life sarà responsabile per la registrazione il trattamento dei dati personali da lui comunicati.

Luogo/data

Firma del Medico

/ /

Modulo di consenso GDPR

Proposta / Contratto
numero:

Conformemente al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Regolamento (Ue) 2016/679 - GDPR) e all'Informativa sulla privacy di Swiss Life, Swiss Life richiede il vostro consenso per la raccolta e il trattamento dei vostri dati personali quando tali dati personali rientrano in "categorie speciali di dati" ai sensi dell'articolo 9 del GDPR, ad esempio (senza limitazioni) dati relativi alla vostra salute o al vostro orientamento sessuale, alle vostre restrizioni alimentari o al vostro potenziale livello di disabilità.

Se l'utente non fornisce il suo consenso esplicito per il trattamento di tali "categorie speciali" di dati personali come indicato di seguito, non saremo in grado di trattare tali dati o di elaborare eventuali richieste di pagamento del beneficio che potrebbero essere dovuti all'utente. In caso di vostro consenso, tali dati saranno trattati per le finalità di seguito definite.

La sezione seguente deve essere compilata solo da quelle parti del presente contratto che non abbiano già precedentemente fornito il loro consenso in altri documenti o sezioni di documento. Il consenso sarà valido per tutta la durata del contratto, a meno che non venga richiesto a Swiss Life di modificare o revocare il consenso stesso, in qualsiasi momento. Per ogni persona di età inferiore ai 18 anni, il presente modulo di consenso deve essere compilato da un genitore o da un tutore.

Accetto quanto segue:

- 1. Permesso di raccogliere, memorizzare e utilizzare i miei dati sanitari:** Swiss Life può raccogliere ed elaborare i miei dati sanitari per la gestione del contratto (ad es. ai fini di: sottoscrizione medica, fornitura di un'offerta per la copertura assicurativa, sottoscrizione dei rischi da assicurare, valutazione della gestione del rischio, elaborazione di eventuali sinistri, riassicurazione, calcolo dei premi assicurativi, pagamento delle prestazioni assicurative, ecc.). Swiss Life può memorizzare i miei dati sanitari nel rispetto del GDPR, di qualsiasi legge sulla protezione dei dati applicabile nel Principato del Liechtenstein, nonché dell'Informativa sulla privacy di Swiss Life.
- 2. Permesso di ottenere i miei dati sanitari da terzi:** Swiss Life può richiedere i miei dati sanitari a medici, personale infermieristico e ospedaliero, altri istituti medici, case di cura, casse malattia pubbliche, associazioni professionali, autorità pubbliche e altri terzi interessati per: fornire la copertura assicurativa, la sottoscrizione medica, fornire un'offerta per la copertura assicurativa, la sottoscrizione dei rischi da assicurare, la valutazione della gestione del rischio, l'elaborazione di eventuali richieste di risarcimento, la riassicurazione, il calcolo dei premi assicurativi e/o il pagamento delle prestazioni assicurative. Acconsento a liberare tutte le persone interessate da quanto sopra, nonché Swiss Life, dai rispettivi obblighi di segretezza relativi ai miei dati sanitari o ad altri dati che sono tenuti a condividere e utilizzare per i suddetti scopi.
- 3. Condividere i miei dati sanitari al di fuori di Swiss Life:** Swiss Life può condividere i miei dati sanitari con i soggetti indicati di seguito affinché possano utilizzarli nella stessa misura e per gli stessi scopi di Swiss Life. Sono a conoscenza del fatto che Swiss Life ha stipulato con queste parti accordi contrattuali per la protezione dei miei dati sanitari. Acconsento a liberare tutte le persone interessate, nonché Swiss Life, dai loro rispettivi obblighi di segretezza relativi ai miei dati sanitari o ad altri dati che sono tenuti a condividere e utilizzare per gli scopi sopra indicati:
 - Periti medici indipendenti, se ciò è necessario per valutare i rischi assicurativi e le eventuali prestazioni da corrispondere a me e/o a terzi nell'ambito del mio contratto assicurativo;
 - Fornitori di servizi esterni a Swiss Life che svolgono determinate prestazioni per conto di Swiss Life, come ad esempio la valutazione dei rischi e la gestione dei sinistri che comportano il rilevamento e l'utilizzo dei miei dati sanitari, senza i quali Swiss Life non sarebbe in grado di gestire il mio contratto o di pagare i sinistri dovuti a me o a terzi;
 - I coassicuratori si occupano della distribuzione della copertura del rischio assicurativo in comune con le altre compagnie alle quali Swiss Life rilascia il contratto e della gestione comune dei sinistri;
 - Altri assicuratori/riassicuratori che possono coprire lo stesso rischio assicurativo allo stesso tempo al fine di ripartire il pagamento di qualsiasi indennizzo che possa essere dovuto a me o a terzi, o per collaborare all'individuazione o alla prevenzione di frodi e reati finanziari.

Sono stato informato in merito al mio diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso di cui sopra, mediante istruzione scritta e firmata, da inviare a Swiss Life al seguente indirizzo: Industriestrasse 56, 9491 Ruggell, Liechtenstein, e-mail: dpo.sli@swisslife.com. La revoca del consenso non pregiudica la legalità di un eventuale trattamento dei miei dati sanitari effettuato sulla base di tale consenso prima della sua revoca.

Il presente modulo di consenso GDPR è disciplinato dalla legge del Liechtenstein. I tribunali del Liechtenstein hanno giurisdizione esclusiva su tutte le controversie derivanti dal presente documento, comprese quelle relative alla sua validità, interpretazione, esecuzione e risoluzione.

Redatto e sottoscritto in duplice copia.

Luogo/data

Firma del Assicurato

/ /