

Portfoglio div. n.

Consulente clienti n.

Consulente clienti

Intermediario n.

## Domanda d'assicurazione

Nuova

Modifica

Proponente / Persona assicurata

Polizza n.

Cogme  Nome  Data di nascita

Via  NPA  Luogo  Ct.

Indicazioni complementari per l'indirizzo

Stato civile  Sesso  M  F

Lingua  I  F  T

Telefono  Cellulare  E-mail

Nazionalità  Per gli stranieri, permesso di soggiorno tipo  (pf. allegare una copia)

### Nuove ammissioni

La vostra polizza deve essere integrata in un contratto esistente presso la CPT?  sì  no

Se sì, cognome  Nome  Famiglia n.

Per i minorenni, indicare il rappresentante legale  Cognome  Nome

### Pagamento dei premi

Mensile  Trimestrale  Semestrale  Annuale

Conto bancario (LSV)  Conto postale (Debit direct)

### Fattura dei premi a

Assicurato  Capofamiglia

Indirizzo di terzi

### Relazione bancaria / postale

Banca  Luogo

N. del conto bancario  IBAN

Conto postale n.

Indirizzo di terzi

Inizio dell'assicurazione

Condizioni d'assicurazione

## Assicurazioni secondo LAMal

Assicuratore: Agilia Cassa malati SA

Premio  
mensile  
CHF

### Assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie (AOCMS)

Copertura offerta: AOCMS-Standard con infortuni

Medico di famiglia:

Gruppo d'età: **0 - 18**

Franchigia annua desiderata: Bambini/Adulti CHF **0.-/300.-**

Franchigia facoltativa Risparmio in comparazione alla franchigia CHF 0.-/300.-

CHF 0.-/ 300.- CHF

CHF 0.-/ 500.- CHF

CHF 200.-/1'000.- CHF

CHF 400.-/1'500.- CHF

CHF 600.-/2'500.- CHF

Desidera una franchigia diversa da quella offerta, spunti la rispettiva casella .

Distribuzione tassa ambientale (accredito)

### Assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera (LAMal)

CHF dal ° giorno  solo malattia  malattia e infortunio  
CHF dal ° giorno  solo malattia  malattia e infortunio

## Assicurazioni secondo LCA

Assicuratore: KPT Assicurazioni SA

### Assicurazioni complementari di malattia

Assicurazione delle cure medico-sanitarie Plus (AP)

Assicurazione delle cure medico-sanitarie Comfort (APC)

Assicurazione delle spese d'ospedalizzazione (H)  tariffa per persone anziane (HS)

- Reparto comune in tutta la CH in ospedali con un mandato di un cantone
- Reparto semiprivato in tutta la CH in ospedali con un mandato di un cantone
- Reparto privato in tutta la CH in ospedali con un mandato di un cantone
- Reparto privato in tutto il mondo (CH anche senza mandato di un cantone)

Franchigia annua facoltativa  CHF 1000.-  CHF 2000.-  CHF 5000.-

Assicurazione Natura (N)

- Classe di prestazioni 1: con prescrizione medica; prestazione mass. CHF 3000.-
- Classe di prestazioni 2: senza prescrizione medica; prestazione mass. CHF 1500.-

Ass. per la perdita di guadagno (J) danni

CHF dal ° giorno  solo malattia  malattia e infortunio  solo infortunio  
CHF dal ° giorno  solo malattia  malattia e infortunio  solo infortunio  
CHF dal ° giorno  solo malattia  malattia e infortunio  solo infortunio

<input type="checkbox"/> <b>Ass. per la perdita di guadagno (JS) somma</b>					
CHF	dal	°giorno	<input type="checkbox"/> solo malattia	<input type="checkbox"/> malattia e infortunio	<input type="checkbox"/> solo infortunio
CHF	dal	°giorno	<input type="checkbox"/> solo malattia	<input type="checkbox"/> malattia e infortunio	<input type="checkbox"/> solo infortunio
CHF	dal	°giorno	<input type="checkbox"/> solo malattia	<input type="checkbox"/> malattia e infortunio	<input type="checkbox"/> solo infortunio
<input type="checkbox"/> <b>Assicurazione complementare d'infortunio per le cure (U)</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Assicurazione decesso e invalidità in seguito a malattia/infortunio (KTI/KUTI)</b>					
Decesso / Invalidità: CHF			<input type="checkbox"/> solo malattia	<input type="checkbox"/> malattia e infortunio	
<input type="checkbox"/> <b>Assicurazione infortuni per decesso e invalidità (K)</b>					
Decesso / Invalidità: CHF					
<input type="checkbox"/> <b>Assicurazione per le cure dentarie (Z)</b>					
<input type="checkbox"/> Cl. di prestazioni					
<input type="checkbox"/> Cl. di prestazioni					
<input type="checkbox"/> <b>Assicurazione di protezione giuridica circolazione e privata (VRP)</b>			(Premio base 2010 CHF 9.80)		
Riduzione sul premio base: ogni altro componente della famiglia 50%, giovani 19-25 anni sempre il 50%, bambini fino a 18 gratis					
<input type="checkbox"/> <b>Assicurazione d'indennità giornaliera d'ospedalizzazione (HT)</b>					
Importo	<input type="checkbox"/>	CHF 100.-	<input type="checkbox"/>	CHF 150.-	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	CHF 200.-	<input type="checkbox"/>	CHF 250.-	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	CHF 300.-			
Durata delle prestazioni	<input type="checkbox"/>	30 giorni	<input type="checkbox"/>	60 giorni	
<input type="checkbox"/> <b>Assicurazione Joker (X)</b>			<input type="checkbox"/> CHF 1000.-	<input type="checkbox"/> CHF 2000.-	<input type="checkbox"/> CHF 5000.-
			<input type="checkbox"/> CHF 15 000.-	<input type="checkbox"/> CHF 50 000.-	
<input type="checkbox"/>					
<b>TOTAL die premi mensili</b>			<b>Riservate differenze d'arrotondamento</b>		

**Luogo e data**

**Firma**

Proponente o rappresentante legale

## Dichiarazione sullo stato di salute per l'assicurazione complementare malattia e indennità giornaliera

La preghiamo di fornire risposta integrale e secondo verità a tutte le domande. Trattini o altri caratteri, come anche omissioni, non sono ammessi.

**Non è necessaria alcuna dichiarazione sullo stato di salute se si richiede unicamente l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal.**

Nome e indirizzo del suo medico di famiglia/terapista (donne: anche ginecologo)	Ultima visita il	Motivo

La sua statura:                      cm                      Il suo peso:                      kg                      o la sua circonferenza addominale:                      cm

Cifra	Contrassegnare ciò che fa al caso	sì	no
1	È attualmente o è stata/o negli ultimi 5 anni sotto trattamento o sotto controllo per motivi di salute presso un medico, un chiropratico, un terapista, uno psichiatra, uno psicologo, un naturopata, un medico naturalista o altro personale medico specializzato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Attualmente fa / oppure faceva negli ultimi 5 anni uso regolare di prodotti farmaceutici, di prodotti omeopatici o a base di erbe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Esistono disturbi alla salute, affezioni fisiche o psichiche, malattie croniche, deformazioni, infermità congenite, allergie o conseguenze di un infortunio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Prevede di sottoporsi a un trattamento (ambulatoriale, semistazionario, in ospedale o in casa di cura) o una consultazione presso un medico, un chiropratico, un terapista, uno psichiatra, uno psicologo, un naturopata, un medico naturalista o altro personale medico specializzato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	La sua capacità lavorativa è attualmente limitata o è stato/a negli ultimi 5 anni inabile al lavoro per un periodo più lungo di 4 settimane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Percepisce, o ha percepito, prestazioni dell'assicurazione invalidità (AI), dell'assicurazione militare (AM), dell'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) o di altre istituzioni simili? Se sì, allegare una copia (ad esempio della decisione AI).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Fuma/fumava o consuma altri tipi di droghe? Se sì: Quante sigarette al giorno:                      o quando ha smesso di fumare: Che tipo di droga, quanto spesso e quando l'ultima volta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<i>Domande riservate alle richiedenti di sesso femminile:</i> È incinta? Data prevista per il parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.1	Ha, oppure ha avuto, problemi ginecologici (ovaie, utero, tube ovariche, sterilità, ciclo mestruale irregolare, ecc.) oppure ha avuto malattie al seno? <i>(La preghiamo di osservare che per prestazioni di maternità esiste un periodo di carenza di 270 giorni dall'inizio dell'assicurazione.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### In caso di risposta affermativa a una o più domande, la preghiamo di rispondere alle seguenti domande supplementari:

9	Ha, oppure ha avuto, negli scorsi 5 anni, uno dei seguenti disturbi alla salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.1	Malattie psichiche o neurologiche oppure affezioni neurovegetative (p. es. depressioni, psicopatie, disturbi di alimentazione, epilessia, svenimenti, vertigini, mal di testa, emicranie, disturbi nervosi, ecc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	Malattie alle vie respiratorie (p. es. asma, polmoni, tosse cronica, allergie, ecc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	Malattie cardiovascolari (p. es. infarto cardiaco, ipertensione, malattie del sistema vascolare, flebiti, vene varicose, ecc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4	Malattie del sangue (p. es. anemie, leucemia, problemi di coagulazione, ecc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	Cistopatie e malattie veneree (p. es. reni, vescica, prostata, malattie veneree, sterilità, ecc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6	Tumori/granulomi o cancro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7	Malattie agli organi addominali/organi viscerali (p. es. stomaco, intestino, fegato, cistifellea, pancreas, milza, itterizia, emorroidi, ernia inguinale, ernia diaframmatica, ecc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8	Malattie del metabolismo e disfunzioni ghiandolari (p. es. diabete, gotta, disturbi alla tiroide, problemi di colesterolo, sovrappeso, ecc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.9	Malattie delle ossa, delle parti molli e delle articolazioni (p. es. colonna vertebrale, dischi intervertebrali, ernia discale, sciatica, reumatismi, artrosi, artrite, dolori a spalle, schiena, ginocchia, gomiti, legamenti, ginecomastie, ecc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.10	Malattie della pelle o degli organi di senso (p. es. eczema, macchie sulla pelle, problemi di cicatrici, disturbi della vista, cataratta, funghi, difficoltà d'udito, ipoacusia improvvisa, psoriasi, malattie degli occhi o delle orecchie, ronzio auricolare, ecc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.11	Malattie del naso o della gola? (p. es. polipi, fosse nasali, seni paranasali, tinnito, ecc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Si è sottoposta/o a un test dell'AIDS con riscontro HIV positivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### In caso di risposta affermativa a una o più domande, pf. compilare la tabella seguente:

Cifra	Malattia, infortunio, infermità congenita, ecc.	Data del trattamento	Concluso Sì (data) / No	Nome e indirizzo del medico curante o dell'ospedale

## Ulteriori domande in vista della stipulazione dell'assicurazione

Presso quale assicuratore-malattie è attualmente coperta/o per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie?

Nome della compagnia d'assicurazione

Assume per la prima volta il domicilio in Svizzera?

Se sì, da quando? (per favore allegare una copia del permesso di domicilio)

sì  no

E' già stato/stata escluso/esclusa da un'assicurazione di persone o le sono già state imposte limitazioni (p. es. supplemento di premio per rischio accresciuto, clausola di esclusione, rifiuto o rinvio della domanda) all'atto della proposta di assicurazione (assicurazione malattia, invalidità o vita)?

sì  no

In caso affermativo, per quale motivo?

Da quale compagnia?

## La conferma sottostante non è valevole per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal)

L'assicuratore per le assicurazioni complementari è la KPT Assicurazioni SA, chiamata di seguito CPT.

Con la sua firma conferma d'aver risposto integralmente e secondo verità alle domande precedenti. Se sono taciute o dichiarate in maniera inesatte circostanze influenti sull'apprezzamento del rischio, la KPT Assicurazioni SA è autorizzata a disdire il contratto e a liberarsi dall'obbligo alla prestazione. Indicazioni mediche contenenti dati particolarmente degni di protezione possono essere inoltrati al servizio medico oppure al medico consulente della CPT (con la menzione "personale"). Con la presente esonera ospedali, medici, psicologi, psicoterapisti, fisioterapisti o altri terapisti e persone con formazione medica, datori di lavoro, assicuratori malattie, infortunio e vita, casse pensioni e casse malati, l'assicurazione militare, l'Assicurazione invalidità svizzera e la SUVA/INSAI dal loro segreto professionale, risp. dal loro obbligo del segreto medico, nei confronti della CPT o di chi per essa autorizzato. Lei autorizza a fornire alla CPT informazioni di cui ha bisogno per l'esame della domanda e del diritto a prestazioni assicurative. L'autorizzazione si estende anche alla trasmissione in misura necessaria di dati a riassicuratori. Per 14 giorni (in caso di esame medico per 4 settimane) è vincolato a questa domanda e si impegna ad accettare la polizza rilasciata come richiesta dalla stessa domanda e a pagare i premi. Co la sua firma conferma d'aver ricevuto una copia delle Condizioni generali di assicurazione (CGA) e nel caso dovuto le Condizioni speciali (CS) applicabili.

## Protezione dei dati

Nell'ambito dell'assicurazione di base giusta la LAMal, la Agilia Cassa malati SA raccoglie ed elabora i dati personali dei suoi assicurati esclusivamente al fine di adempiere ai suoi obblighi legali, e nel rispetto delle disposizioni relative la protezione dei dati. L'obbligo di mantenere il segreto è strettamente osservato, su riserva delle eccezioni legali. I dati personali, conservati sotto forma fisica e elettronica, sono protetti contro l'accesso non autorizzato di terzi. Per quanto attiene le assicurazioni complementari secondo la LCA, la KPT Assicurazioni SA raccoglie ed elabora i dati personali dei suoi clienti esclusivamente ai fini dell'assicurazione e rispettando le disposizioni applicabili in materia di protezione dei dati. I dati personali sono conservati sotto forma fisica e elettronica, sono protetti dall'accesso non autorizzato di terzi.

**Luogo e data**

**Firma**

Proponente o rappresentante legale

<b>Questa parte è compilata dalla CPT</b>	N. SIK	<input type="text"/>
Contratto collettivo	N. del contratto	<input type="text"/>
Dedu. del salario	N. personale	<input type="text"/>
<b>Decisione consulente clienti</b> BMI	<input type="checkbox"/> Mut	<input type="checkbox"/> EsRis
Osservazioni		
<b>Data</b>	<b>Visto</b>	
	Consulente clienti	
<b>Decisione di ammissione</b>		
<input type="checkbox"/> senza riserva	<input type="checkbox"/> rifiuto	<input type="checkbox"/> con riserva per
<input type="checkbox"/> Osservazioni		
<b>Data</b>	<b>Visto</b>	