

Pecunia

## Desidera sottoscrivere un'assicurazione d'indennità giornaliera per perdita di guadagno?

Ecco alcuni principi da non dimenticare:

- In applicazione delle nostre condizioni speciali d'assicurazione, le prestazioni vengono concesse fino a concorrenza della perdita economica effettiva.
- Il termine di attesa che ha scelto decorre per ogni caso d'incapacità lavorativa.
- Ogni incapacità lavorativa conseguente ad una malattia o ad un infortunio deve essere oggetto di una dichiarazione esplicita all'inizio dell'incapacità, ma al più tardi entro i tre giorni che seguono l'inizio di quest'ultima, senza tener conto del termine di attesa scelto.
- L'importo massimo assicurato e il pagamento delle indennità possono essere modificati nel corso del contratto in virtù dell'evoluzione della situazione economica e del cambiamento della situazione professionale dell'assicurato(a).
- Sono escluse dalle nostre coperture complementari le prestazioni correlate in particolare ad **affezioni già esistenti al momento della firma della proposta d'assicurazione**, a **postumi d'infortuni verificatisi prima della firma della proposta d'assicurazione**, a **malattie psichiche**, a **cure palliative** e all'**obesità**. Non è coperta nemmeno la **maternità** (ai sensi dell'**art. 2.6 CGA** e secondo i casi dell'**art. 4.1.6 CGA**).

## Questionario complementare per l'assicurazione Pecunia

Polizza n° | | | | | | | | | |

Data di nascita | | | | | | | |

Cognome

Nome

### 1 Quale professione esercita attualmente?

Presso quale società (ragione sociale e indirizzo)?

### 2 È salariato(a)?

Qual è l'importo del suo salario lordo annuo? .....

Si No

Ha un'assicurazione perdita di guadagno presso un altro assicuratore? .....

a) Se sì, presso quale compagnia? .....

b) Qual è l'importo assicurato? .....

È assicurato(a) tramite un contratto collettivo perdita di guadagno? .....

a) Se sì, per quale percentuale del suo salario? .....

### È indipendente?

Qual è l'importo del suo salario lordo annuo? .....

Da quale data? | | | | | | | |

Quale reddito dichiara all'AVS? .....

Ha sottoscritto un'altra assicurazione perdita di guadagno? .....

a) Se sì, presso quale compagnia? .....

b) Qual è l'importo assicurato? .....

### 3 È attualmente disoccupato(a)?

Beneficia delle prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione o di altri organismi d'assistenza (prestazioni per disoccupati che hanno esaurito il diritto all'indennità, ecc.)? .....

### 4 Sono subentrate delle interruzioni lavorative in questi ultimi cinque anni? .....

a) Se sì, in che data? .....

b) Per quanto tempo? .....

c) Per quale motivo? .....

d) Cognome, nome e indirizzo del medico che ha prescritto l'interruzione .....

### 5 Le è già stata rifiutata un'assicurazione perdita di guadagno? .....

a) Se sì, per quale motivo? .....

b) In che anno? .....

c) Presso quale compagnia? .....

### 6 Quale(i) rischio(i) desidera assicurare? Solo malattia Malattia e infortunio

## Dichiarazione del proponente

«Con l'apposizione della mia firma, dichiaro di aver risposto con precisione ed esattezza al presente questionario. Mi assumo la piena responsabilità per le risposte date, anche se sono state trascritte da terzi. Sono consapevole che in caso di falsa dichiarazione o di dichiarazione incompleta mi espongo a provvedimenti che possono comportare la non copertura e la disdetta del contratto d'assicurazione ai sensi dell'articolo 6 LCA.

Confermo di aver ottenuto ugualmente le Condizioni generali per l'assicurazione malattia complementare (CGA) e le Condizioni speciali per l'assicurazione malattia complementare (CSC) applicabili alla categoria Pecunia, e di aver preso nota delle informazioni contenute nella proposta d'assicurazione, in particolare nella «Dichiarazione del proponente» che vale anche per il presente questionario.»

Data | | | | | | | |

Firma del proponente o del suo rappresentante legale

Decisione della direzione (per uso interno)