

Dichiarazione sullo stato di salute

(complemento all'iscrizione – pagina 1)

Datore di lavoro

Indirizzo

Membro n.

Informazioni sulla persona che aderisce

Cognome

Nome

Numero AVS

Via, CAP e luogo

Data di nascita

Professione

Altezza

Peso

cm

kg

IMPORTANTE: questa dichiarazione dev'essere compilata dalla persona da assicurare e consegnata al datore di lavoro in una busta chiusa.

Alle seguenti domande dev'essere risposto in modo veritiero. Una violazione dell'obbligo di dichiarazione autorizza la PV-PROMEA a decurtare o a rifiutare le prestazioni.

Domande sullo stato di salute

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande sulla salute

- 1 Aveva un'incapacità di guadagno completa o parziale al momento dell'inizio della copertura assicurativa (in caso di aumenti della prestazione al momento del cambiamento)? sì no
Se esiste una decisione AI, La preghiamo di allegarla.
- 2 In questo momento è soggetto/a a qualche disturbo della salute dovuto ad un infortunio, una malattia o un difetto di congenito? sì no
- 3 Necessita regolarmente di medicinali o è sottoposto/a ad un trattamento o ad un'osservazione medica? sì no
- 4 Assume o ha assunto droghe o sostanze stupefacenti? sì no
- 5 Ha avuto, negli ultimi 2 anni, problemi di cuore o circolazione, ipertensione, tubercolosi, malattie delle vie respiratorie, ulcere, tumori, cancro, proteine nell'urina, diabete, malattie legate a reni, stomaco, cistifellea o fegato, affezioni alle articolazioni o alla schiena, epilessia, disturbi depressivi o nervosi, malattie degli occhi o dell'udito oppure altre malattie o disturbi che non sono stati elencati? sì no
- 6 Ha dovuto, negli ultimi 2 anni, sospendere completamente o parzialmente il lavoro a causa di una malattia o di un infortunio per oltre 4 settimane? sì no
- 7 Si è sottoposto/a a esami che non hanno dato esiti normali (radioscopia, elettrocardiogramma, test SIDA, esami dell'urina o del sangue oppure altri esami speciali)? sì no

Se ha risposto affermativamente ad una delle precedenti domande, La preghiamo di fornirci le seguenti informazioni:

Domanda n.	Da quando a quando?	Quali malattie, malanni, disturbi, esami?	Risultato*		Medici, ospedali curanti ecc. (indicare per favore indirizzo e, per ospedali, anche medico o reparto)
			1	2	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

* 1 = guarito/tutto in ordine/cura conclusa 2 = non guarito/non in ordine/in cura o sotto controllo

Osservazioni (p.e. tipo di cura)

Dichiarazione sullo stato di salute

(complemento all'iscrizione – pagina 2)

Esisteva una riserva o un premio supplementare per motivi di salute presso il precedente istituto di previdenza? (allegare per favore le decisioni dell'assicurazione) sì no

Se sì, da quando? Motivo

Azienda o istituto di previdenza precedente

Indirizzo

Riceve una rendita d'invalidità e/o indennità giornaliera a causa di una malattia o di un infortunio?

- a) dall'assicurazione malattia? sì no
- b) dall'assicurazione federale per l'invalidità? sì no
- c) dall'assicurazione infortuni (p.e. Suva)? sì no
- c) dall'assicurazione militare? sì no
- d) da un'altra cassa pensione? sì no

Allegare per favore decisioni relative a rendite e/o conteggi di indennità giornaliera.

Dichiarazione sull'obbligo di notifica e sulla protezione dei dati

Con la presente dichiaro di aver risposto in modo veritiero e completo a tutte le domande di questo formulario. Sono consapevole del fatto che la violazione dell'obbligo di dichiarazione possa avere come conseguenza la riduzione o il rifiuto di prestazioni e che possano essere fatte valere delle pretese di risarcimento.

Autorizzo la PV-PROMEА ad esaminare i dati necessari alla verifica del rischio e del diritto alle prestazioni nonché allo svolgimento della pratica contrattuale. Se necessario, i dati possono essere consegnati a terzi, in particolare a compagnie riassicuratrici nonché ad istituti di previdenza dei quali l'assicurato/a faceva parte o fa parte tuttora.

Autorizzo la PV-PROMEА a chiedere informazioni necessarie alla verifica del rischio e del diritto alle prestazioni a medici ed al loro personale ausiliario, alle autorità, alle assicurazioni sociali secondo la LPGA e a terzi, soprattutto all'istituto di previdenza precedente su prestazioni eventualmente versate. A questo scopo esonero espressamente i medici ed il loro personale ausiliario dai loro obblighi di riservatezza.

Data

Firma della persona da assicurare
