

Questionario sullo stato di salute (da compilare dalla persona da assicurare)

Datore di lavoro:

N. di membro:

Numero di assicurazione sociale

Cognome, nome

Via, n.

NPA, località

Data di nascita:

1. All'inizio dell'assicurazione o al momento dell'aumento della prestazione era totalmente o parzialmente inabile al lavoro? SÌ NO

(allegare eventuale decisione rilasciata dall'AI)

2. Attualmente soffre di disturbi o danni alla salute dovuti alle conseguenze di un infortunio o di una malattia? SÌ NO

Se SÌ, quali e da quando?

Medici/ospedali (nome e indirizzo):

3. Si sottopone attualmente o si è sottoposto negli ultimi cinque anni a un trattamento o controllo medico, chiropratico o psicologico per una durata superiore a quattro settimane oppure necessita di, assume o ha assunto regolarmente medicinali, antidolorifici, sonniferi, tranquillanti o droghe? SI NO

Se Sì, per quale motivo?

Da quando a quando?

Medici/ospedali (nome e indirizzo):

4. Negli ultimi cinque anni ha dovuto interrompere, completamente o parzialmente, il lavoro per malattia o infortunio per più di due settimane (ininterrottamente)? SI NO

Se Sì, per quale motivo?

Da quando a quando?

Medici/ospedali (nome e indirizzo):

5. Negli ultimi cinque anni si è sottoposto a degli esami, ad es. controlli, radiografie, elettrocardiogrammi, test HIV ecc. che hanno dato un riscontro non nella norma (non vanno menzionati esami genetici)? SI NO

Se Sì, quali?

Quando?

Medici/ospedali (nome e indirizzo):

6. Negli ultimi cinque anni ha sofferto o soffre di uno o più di questi disturbi o danni alla salute: artrosi, asma, malattie degli occhi, bronchite, ipertensione arteriosa, colesterolo alto, malattie cardiache, cancro, paralisi, sclerosi multipla, una diminuzione della vista / dell'udito non corretta, malattie o disturbi psichici, dolori reumatici, disfunzioni ghiandolari o della tiroide, ictus, patologie a carico della colonna vertebrale, diabete o altre malattie, disturbi o sintomi qui non elencati? SI NO

Se Sì, quali?

Da quando a quando?

Medici/ospedali (nome e indirizzo):

7. Negli ultimi cinque anni ha subito un intervento (ambulatoriale o con degenza) o un tale intervento è previsto/raccomandato? SÌ NO

Se SÌ, quali?

Quando?

Medici/ospedali (nome e indirizzo):

8. Riserva sullo stato di salute

La sua precedente cassa pensione ha espresso una riserva sullo stato di salute? SÌ NO
(Se SÌ, allegare una copia della riserva)

Esonero dall'obbligo di riservatezza professionale o d'ufficio e diritto alla consultazione degli atti

La persona da assicurare autorizza tutti i medici, psicoterapeuti, fisioterapisti, chiropratici, gli ospedali nonché il precedente istituto di previdenza, a dare informazioni sul suo stato di salute e/o sulla sua attuale copertura previdenziale in relazione a questa assicurazione a pariparis e all'organo d'applicazione della cassa pensione, e li libera pertanto dal segreto professionale. Essa prende atto, inoltre, che la copertura assicurativa dipende dalla correttezza della presente dichiarazione e che la cassa pensione o il rispettivo organo d'applicazione può recedere dall'intero contratto di previdenza in caso siano stati riportati dati inesatti o omessi fatti.

Luogo / data

Firma della persona da assicurare

Da spedire a:

Cassa pensione Ottica/Foto/Metalli preziosi
Ifangstrasse 8
Postfach
8952 Schlieren