

Questionario medico LPP

Contratto n. U230__ - __

N. AVS 756._____

all'ammissione alla previdenza professionale o in caso di aumenti delle prestazioni

Si prega di rispondere correttamente a tutte le domande. La persona sottoscritta è responsabile della correttezza e della completezza delle risposte fornite nel presente questionario, anche se quest'ultimo è stato compilato da terzi. La persona sottoscritta può spedire il questionario debitamente compilato al servizio medico di Swiss Life, casella postale, 8022 Zurigo.

Dichiarazioni della persona da assicurare

Si prega di rispondere a ogni domanda con „sì“ o „no“. Non sono consentiti segni e omissioni. In caso di una risposta affermativa, occorre fornire indicazioni precise in merito all'inizio e alla durata della malattia, alla guarigione o eventuali conseguenze nonché l'indirizzo del medico curante.

Cognome		Nome	
Via, numero		CAP, domicilio	
Indirizzo e-mail		Numero di telefono	
Inizio dell'assicurazione o dell'aumento delle prestazioni		Tasso d'occupazione	%

1. Attualmente è parzialmente o completamente inabile al lavoro?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
2. Attualmente o periodicamente è in cura o si sottopone a controlli presso un medico, uno psicoterapeuta o un chiropratico?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
3. Ha mai subito un intervento chirurgico?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
4. Negli ultimi 5 anni è mai stato ricoverato in un ospedale, un sanatorio o una casa di cura o è previsto un ricovero per un'assistenza medica ospedaliera?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
5. Sussistono postumi da infortunio o menomazioni (p. es. irrigidimento di qualche articolazione, perdita di qualche membro, mezzi di fissaggio dell'apparato osseo, ecc.)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
6. È già stato sottoposto ad un trattamento di radioterapia o con sostanze radioattive?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
7. Negli ultimi 5 anni è stato inabile al lavoro per un periodo superiore a 3 settimane?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
8. Negli ultimi 5 anni ha dovuto ricorrere a cure mediche per un periodo superiore a 3 settimane?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
9. Negli ultimi 5 anni ha subito un trattamento per un motivo che non è stato menzionato finora?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Se ha risposto con un "sì" ad una delle domande da 1 a 9, risponda anche alle domande al punto 10. In caso contrario continui con la domanda n° 11.

10.

Doman- da n°	Di quale malattia o intervento si tratta? Di che tipo d'infortunio si tratta?	Quando? Guarigione?	Durata? Postumi?	Medico curante? (Nome e indirizzo)

→ **Si prega di compilare anche a tergo**

11. Assume dei farmaci su prescrizione medica? sì no

Se sì: Quali? _____
Medico curante (Nome/indirizzo) _____

12. Fuma? sì no

Se sì: Che cosa? _____
Quantità al giorno? _____
Da quando? _____

13. Assume o ha assunto - negli ultimi 5 anni - sostanze stupefacenti (droghe)? sì no

Se sì: Quali? _____

14. Negli ultimi 5 anni ha mai avuto problemi di tossicodipendenza (farmaci, bevande alcoliche, ecc.)? sì no

Se sì: Quali? _____
Frequenza? _____
Ultima volta? _____
Medico curante (Nome/indirizzo) _____

15. Si è mai sottoposto al test HIV a cui è risultato sieropositivo o di cui non è certo del risultato? sì no

Se sì:
Medico curante (Nome/indirizzo) _____

16. Ha problemi di vista? sì no

Se sì, riesce a leggere il giornale senza fatica (eventualmente con occhiali o lenti a contatto)? sì no

17. Ha problemi di udito? sì no

Se sì, è possibile risolverli completamente con l'ausilio di un apparecchio auricolare? sì no

18. Quale è la sua statura? _____ cm

19. Quale è il suo peso? _____ kg

Esonero dal segreto professionale e d'ufficio / consultazione degli atti

La persona sottoscritta dichiara di liberare dal vincolo del segreto professionale, risp. d'ufficio, nei confronti di Swiss Life nonché degli uffici competenti della Fondazione di previdenza SSO: l'assicurazione per l'invalidità, l'assicurazione militare, l'assicurazione contro gli infortuni, precedenti istituzioni di previdenza, l'assicurazione malattia e indennità giornaliera di malattia, eventuali assicurazioni sociali estere nonché i medici curanti ed autorizza le istituzioni e le persone citate a fornire a Swiss Life e alla Fondazione di previdenza SSO qualsiasi informazione e a consultare i relativi atti, per quanto necessario ai fini dell'**allestimento della previdenza a favore del personale e / o dell'assicurazione di indennità giornaliera** (esame del rischio / disbrigo del caso di previdenza e risp. dell'evento assicurato specifico). Saranno richieste unicamente le **informazioni necessarie per il caso specifico** che Swiss Life nonché la Fondazione di previdenza SSO si impegnano a trattare in maniera **strettamente confidenziale**. I dati in questione vengono utilizzati unicamente per l'**attuazione, a norma delle relative clausole**, della previdenza risp. delle assicurazioni proposte.

Luogo, data:

Firma della persona da assicurare:

_____, _____

In caso di indicazioni inesatte o incomplete, Swiss Life e la Fondazione di previdenza SSO possono, nei limiti delle disposizioni legali e regolamentari, ridurre le prestazioni, rifiutarle o persino rescindere l'assicurazione.