

## 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.