



Opera di previdenza di proparis Fondazione di previdenza arti e mestieri Svizzera, Berna

Questionario sullo stato di salute

All'attenzione del servizio medico della cassa pensioni.

Precisazione: la forma maschile usata in questa forma include anche la formulazione femminile.

Dichiarazioni della persona da assicurare

Si prega di rispondere a ogni domanda singolarmente con «SI» o «NO». Alle domande alle quali risponde con un «si», voglia di precisare la risposta fornendo ulteriori informazioni.

1. Dati personali

Cognome

Nome

Data di nascita

Via, n., NPA, località

Sesso

femminile

maschile

Stato civile:

N. di assicurazione sociale:

2. Dati professionali

Datore di lavoro

Attuale attività
professionale?

3. Segue un trattamento medico o è sotto controllo per motivi di salute?

Si

No

Se Sì, perché?

Nome, indirizzo del medico / dell'ospedale / dello specialista (*indirizzo completo*)

4. Assume o ha assunto regolarmente farmaci negli ultimi 5 anni? Sì No

Se Sì, quali e perché?

da mese/anno	a mese/anno	Motivo, nome del farmaco, dosaggio	Trattamento concluso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Nome, indirizzo del medico / dell'ospedale / dello specialista (*indirizzo completo*)

<input type="text"/>
<input type="text"/>

5. La sua capacità lavorativa è in qualche modo ridotta (totalmente o in parte)? Sì No

Se Sì, perché?

da giorno/mese/anno	fino a giorno/mese/anno	Motivo dell'incapacità lavorativa	Grado d'incapacità lavorativa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome, indirizzo del medico / dell'ospedale / dello specialista (*indirizzo completo*)

<input type="text"/>
<input type="text"/>

6. Negli ultimi 5 anni ha presentato un'incapacità lavorativa (totale o parziale) ininterrotta superiore alle tre settimane?? Sì No

Se Sì, perché?

da giorno/mese/anno	fino a giorno/mese/anno	Motivo dell'incapacità lavorativa	Grado d'incapacità lavorativa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome, indirizzo del medico / dell'ospedale / dello specialista (*indirizzo completo*)

<input type="text"/>
<input type="text"/>

7. Negli ultimi 2 anni ha effettuato checkup medici o esami preventivi? Si No

Compilare i campi sottostanti solo se è stata diagnosticata una malattia, se è stato raccomandato un trattamento o ulteriori esami.

da mese/anno	Tipo di esame	Risultato dell'esame?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome, indirizzo del medico / dell'ospedale (*indirizzo completo*)

8. Negli ultimi 10 anni è stato o è in cura oppure si è sottoposto a operazioni in ospedali o in altre strutture mediche? SI NO

Se Sì, perché?

da mese/anno	a mese/anno	Tipo di trattamento / operazione	Trattamento concluso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Sussistono ancora disturbi / limitazioni? Se sì, quali?

Nome, indirizzo del medico / dell'ospedale / dello specialista (*indirizzo completo*)

9. Sussiste un'infermità congenita, disabilità fisica o postumi da infortunio? SI NO

Se Sì, quale?

Tipo di infermità / disabilità fisica / postumi da infortunio	Medico / ospedale / specialista
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

10. Negli ultimi 10 anni ha seguito un trattamento o una consulenza psichiatrica o psicologica?

SI NO

Se Sì, perché?

da mese/anno	da mese/anno	Motivo del trattamento?	Trattamento concluso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Nome, indirizzo del medico / dell'ospedale / dello specialista (*indirizzo completo*)

11. Negli ultimi 5 anni ha consultato medici, chiropratici, osteopati, fisioterapisti o altri specialisti operanti nel settore sanitario che finora non ha ancora menzionato?

Sì No

Se Sì, perché?

da mese/anno	da mese/anno	Motivo del trattamento?	Trattamento concluso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Sussistono ancora disturbi / limitazioni? Se sì, quali?

Nome, indirizzo del medico / dell'ospedale / dello specialista (*indirizzo completo*)

12. Consuma tabacco o prodotti che possono essere fumati?

Sì No

Se Sì, quali?

Da quando (anno)?	Q. tà giornaliera?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

13. Negli ultimi 10 anni ha avuto problemi di dipendenza (farmaci, alcool, droghe ecc.)?

Sì No

Se Sì, di quale sostanza si tratta?

Quando l'ultima volta? (mese/anno)

Nome, indirizzo del medico / dell'ospedale / dello specialista (*indirizzo completo*)

14. Indichi la sua altezza e il suo peso corporeo

Altezza in cm

Peso in kg

15. Riceve prestazioni (indennità giornaliera, rendita ecc.) ai sensi dell'assicurazione per l'invalidità (AI), dell'assicurazione militare (LAM), dell'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), della Legge federale sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPP), di un'assicurazione sociale estera o di un'altra assicurazione (come ad es. un'assicurazione d'indennità giornaliera malattia) o ha fatto richiesta per ottenere prestazioni?

Sì No

Per quale grado d'invalidità e per quale motivo?

Grado d'invalidità

Motivo

Da quale assicurazione?

Le chiediamo gentilmente di allegare una copia della documentazione relativa alle prestazioni in questione (ad es. una copia attuale della/e decisione/i, un conteggio dell'indennità giornaliera ecc.).

16. La preghiamo gentilmente di comunicarci il suo medico di famiglia o il medico curante che può fornire tutte le informazioni sul suo stato di salute attuale.

Nome e indirizzo completo

17. Sussiste una riserva per motivi di salute da parte della precedente istituzione di previdenza?

Sì No

Se Sì, voglia allegare la copia della riserva (definizione medica, inizio e durata).

Il tempo già trascorso presso l'istituzione di previdenza precedente viene computato alla nuova durata della riserva.

Esonero dal segreto professionale e d'ufficio e diritto alla consultazione e alla trasmissione degli atti

La persona sottoscritta dichiara di liberare dal vincolo del segreto professionale, risp. d'ufficio, nei confronti dell'organo d'applicazione della cassa pensioni: l'assicurazione federale per l'invalidità, l'assicurazione militare, gli assicuratori contro gli infortuni, altre e precedenti istituzioni di previdenza, l'assicurazione malattia e indennità giornaliera di malattia, eventuali assicurazioni sociali estere nonché i medici curanti e autorizza le istituzioni e le persone citate a fornire all'organo d'applicazione della cassa pensioni le informazioni necessarie (compresi i dati medici) e a consultare i relativi atti, nella misura in cui ciò si renda necessario ai fini dell'allestimento della previdenza a favore del personale (esame del rischio / disbrigo del caso di previdenza concreto). Saranno richieste unicamente le informazioni necessarie per il caso specifico. La persona sottoscritta è inoltre d'accordo che l'organo di applicazione della cassa pensioni inoltri all'interno della fondazione di previdenza proparis e trasmetta ad altri assicuratori e riassicuratori coinvolti i suoi dati personali e sullo stato di salute per la verifica delle prestazioni e per la lotta contro gli abusi in materia d'assicurazione. La persona sottoscritta prende inoltre atto del fatto che l'organo d'applicazione della cassa pensioni o la fondazione di previdenza proparis può incaricare terzi della conservazione e del trattamento dei dati. I dati vengono trattati dall'organo di applicazione della cassa pensioni, dalla fondazione di previdenza proparis e da terzi incaricati con la massima discrezione e servono esclusivamente alla gestione, come stabilito nel contratto, del contratto di previdenza o d'assicurazione.

Luogo e data

Firma

L'esame del rischio presuppone l'autorizzazione di altri istituti assicurativi dei medici curanti a fornire informazioni. A tale scopo la preghiamo di utilizzare la presente dichiarazione ("Esonero dal segreto professionale e d'ufficio e diritto alla consultazione e alla trasmissione degli atti"), che deve essere firmata di proprio pugno. La preghiamo di osservare che l'esame del rischio può essere effettuato unicamente se la dichiarazione viene firmata senza adeguamenti testuali (cancellazioni e/o aggiunte). L'autorizzazione vale fino alla sua revoca scritta, al più tardi tuttavia fino alla conclusione dell'esame del rischio.

In caso di indicazioni inesatte o incomplete, l'organo d'applicazione della cassa pensioni rispettivamente la fondazione è autorizzata a ridurre o a rifiutare le prestazioni nei limiti delle disposizioni di legge.

Da spedire a: