

Informazioni personali per la previdenza professionale

Contratto n. _____ Nome del datore di lavoro _____

Persona da assicurare

Cognome, Nome _____ Data d'entrata _____

Data di nascita _____ Attività professionale _____ Salario annuo CHF _____

- | <input type="checkbox"/> Prego indicare con X ciò che conviene. | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Altezza _____cm peso _____kg | | |
| 2. Sussistono attualmente disturbi della salute? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Siete menomato fisicamente, mentalmente o psichicamente da un'infermità? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sussistono conseguenze d'una malattia o d'un infortunio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Negli ultimi 5 anni avete dovuto interrompere il lavoro per motivi di salute per più di 4 settimane? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Eravate incapace di guadagnare negli ultimi 12 mesi?
se si: Grado dell'incapacità di guadagno _____% dal _____ al _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Percepите un'indennità giornaliera o una rendita dovuta all'incapacità di guadagno/invalidità?
se si: Allegare copia della decisione di rendita/indennità giornaliera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Negli ultimi 5 anni siete stato sotto cura medica che è durata più di 4 settimane? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Negli ultimi 5 anni avete dovuto sottoporvi a parecchi controlli medici? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Negli ultimi 3 anni avete consultato medici, medici naturalisti, fisioterapisti o psicologi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Vi siete mai sottoposto ad un'operazione? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. E' prevista un'operazione o un'ospedalizzazione? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Siete mai stato sottoposto al test AIDS con risultato HIV positivo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Fumate? se si: che cosa? _____ quanto giornalmente? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Consumate bevande alcoliche? se si: quali? _____ quanto giornalmente? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Fate o avete fatto uso di droghe o stupefacenti? se si: quali? _____ quanto giornalmente? _____ quando l'ultima volta? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Avete mai dovuto sottoporvi ad una cura disintossicante? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Avete mai dovuto sottoporvi ad una cura termale prescritta dal medico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Dovete prendere medicinali per ordine del medico? se si : quali? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Vi è stata prescritta una dieta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Avete altre assicurazioni sulla vita con prestazioni in caso di decesso o invalidità? se si: genere e ammontare delle prestazioni _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vi preghiamo di indicare qui di seguito i dettagli per le domande alle quali avete risposto con "sì":

Cifra	Causa, Genere della malattia, momento	Nome e indirizzo del medico/ospedale
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Dichiaro d'aver risposto veritariamente e completamente alle domande che precedono. Autorizzo la PAX, Società svizzera di assicurazione sulla vita SA (PAX) a raccogliere ulteriori informazioni sul mio stato di salute presso persone competenti che libero dal segreto professionale nei confronti della PAX. Le informazioni ottenute devono essere trattate con riservatezza dalla PAX. Nel caso di dati incompleti o falsi, la PAX o l'istituto di previdenza può ridurre le prestazioni o rescindere l'assicurazione.

Luogo e data

Firma della persona da assicurare

Vogliate inviare le informazioni personali riempite e firmate alla:

PAX, Società svizzera di assicurazione sulla vita SA, KOL/Esame del rischio, Casella postale, 4002 Basilea