

Dichiarazione sullo stato di salute

Previdenza professionale

Datore di lavoro

N° contratto

Cerchia di persone

Dati personali

Nome

Cognome

Via/n°

NPA/luogo

Data di nascita

Stato civile

Celibe/nubile*

Coniugato/a

N° AVS

In unione domestica registrata

Telefono (giorni
lavorativi ore 8h-17h)

Divorziato/a*

Vedovo/a*

Attività professionale
attuale

*Nel caso di convivenza registrata si prega
di compilare il modulo «Notifica del partner
convivente».

Coniuge o partner registrato

Nome

Cognome

Data di nascita

Data del matrimonio/
della registrazione

Dati aggiuntivi

Non sono da indicare gli esiti di esami genetici effettuati prima della nascita (esami genetici prenatali) o per stabilire una prognosi alla malattia prima dell'insorgere dei relativi sintomi (esami genetici presintomatici). Occorre invece dichiarare gli esami genetici effettuati a scopi diagnostici, ovvero per esaminare e approfondire sintomi della malattia già rilevabili, ed esami non genetici.

Altezza cm

Peso kg

1 Indicare altezza e peso

2 Fuma?

Sì No

Se sì, che cosa

Quanto al giorno



3 Esiste una proroga dell'assicurazione ai sensi dell'art. 26a LPP? Sì No
 Indichi "sì" se usufruisce o ha usufruito di una rendita dell'assicurazione federale per l'invalidità e la rendita è stata decurtata o revocata e, prima della decurtazione o revoca della rendita, ha partecipato a misure di reinserimento ai sensi dell'articolo 8a LAI o se la rendita è stata decurtata o revocata in seguito alla ripresa di un'attività lavorativa o all'aumento del grado di occupazione. In questo caso la responsabilità resta del suo precedente istituto di previdenza (cassa pensioni).

4 È parzialmente o interamente inabile al lavoro o al guadagno? Sì No

Se sì, da quando

Motivo

--	--

5 Percepisce prestazioni o ha presentato richiesta in tal senso presso l'assicurazione federale per l'invalidità (AI), l'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), la previdenza professionale (LPP), l'assicurazione militare (AM) o un istituto analogo all'estero o presso un'assicurazione privata? Sì No

6 Esiste una riserva per motivi di salute o un supplemento per presenza di rischio da parte del precedente istituto di previdenza (cassa pensioni)? **In caso affermativo, si prega di allegare una copia di tale clausola.** Sì No

7 **Negli ultimi 3 anni** si è sottoposto/a a cure mediche, ha richiesto un consulto o effettuato controlli medici? Sì No

da mese/anno

a mese/anno

Motivo, tipo di disturbo, diagnosi

Trattamento concluso

da mese/anno	a mese/anno	Motivo, tipo di disturbo, diagnosi	Trattamento concluso	
			Sì	No
			Sì	No
			Sì	No

8 Sta assumendo o ha assunto regolarmente farmaci **negli ultimi 3 anni**? Sì No

da mese/anno

a mese/anno

Motivo, nome del farmaco, dose

Trattamento concluso

da mese/anno	a mese/anno	Motivo, nome del farmaco, dose	Trattamento concluso	
			Sì	No
			Sì	No
			Sì	No

9 **Negli ultimi 3 anni** è stato/a in cura da uno psichiatra, psicologo o psicoterapeuta? Sì No

da mese/anno

a mese/anno

Motivo, tipo di disturbo, diagnosi

Trattamento concluso

da mese/anno	a mese/anno	Motivo, tipo di disturbo, diagnosi	Trattamento concluso	
			Sì	No
			Sì	No
			Sì	No



- 10 **Negli ultimi 3 anni** si è sottoposto/a a esami **che hanno prodotto risultati anomali** (radiografie, ECG, tomografia computerizzata o imaging a risonanza magnetica, artroscopie, esami istologici, delle urine o del sangue, test dell'HIV o altri)? Sì No

da mese/ anno	a mese/ anno	Motivo, tipo di disturbo, diagnosi	Trattamento concluso	
			Sì	No
			Sì	No
			Sì	No

- 11 **Negli ultimi 3 anni** è stato/a parzialmente o completamente inabile al lavoro per motivi di salute **per più di 3 settimane?** Sì No

da mese/ anno	a mese/ anno	Motivo

- 12 **Negli ultimi 3 anni** è stato/a sottoposto a intervento ovvero è **in attesa di essere sottoposto/a ad un intervento chirurgico?** Sì No

da mese/ anno	a mese/ anno	Motivo	Trattamento concluso	
			Sì	No
			Sì	No
			Sì	No

- 13 Sta assumendo o ha assunto negli ultimi 10 anni sostanze stupefacenti o droghe di qualche genere? Sì No

da mese/ anno	a mese/ anno	Quali? Con quale frequenza?

- 14 Si prega di indicare nomi e indirizzi dei medici e ospedali curanti:

vai alla domanda	Medico: cognome, nome/ospedale: nome	Via/NPA/luogo:



Dichiarazione

Il/La sottoscritto/a conferisce esplicitamente a PAX, Fondazione collettiva LPP, Pax, Fondazione per la promozione della previdenza in favore del personale e Pax, Società svizzera di assicurazione sulla vita SA in qualità di gerente (di seguito tutte denominate Pax) le seguenti autorizzazioni:

- Pax può elaborare tutti i dati personali – compresi i dati medici – ai fini dell'esame del rischio e della gestione del contratto.
- Se necessario o se tenuta per legge, Pax può, per le stesse finalità, comunicare tutti i dati personali – compresi i dati medici – alle autorità, agli istituti previdenziali, ai coassicuratori, assicuratori precedenti, riassicuratori e assicuratori sociali (ad es. casse di compensazione, istituti delle assicurazioni sociali, uffici AI, assicuratori infortuni e malattia ecc.) nonché a terzi responsabili o ai loro assicuratori di responsabilità civile in Svizzera e all'estero.
- Per le stesse finalità Pax può richiedere ed elaborare dati personali – compresi i dati medici – alle persone, agli assicuratori e agli uffici summenzionati nonché al personale medico interessato e al relativo personale ausiliario. A tale scopo il/La sottoscritto/a esonera i soggetti di cui sopra dall'obbligo di segretezza e di discrezione.
- Per l'esecuzione di questi compiti è possibile coinvolgere dei partner. Ciò avviene nel rispetto delle prescrizioni di legge in materia di protezione dei dati, impegno che si estende anche ai nostri partner.

Nota

In caso di indicazioni incomplete o non veritiere le prestazioni possono essere decurtate o rifiutate.

Firma

Apponendo la sua firma conferma la completezza e correttezza dei dati forniti.

Luogo/data

**Firma della
persona da assicurare**

**Nome/cognome
in stampatello**

