

Esame esteso dello stato di salute

Dati relativi al datore di lavoro / all'azienda

Nome

Numero di contratto

La persona da assicurare deve rispondere personalmente alle seguenti domande. Si prega di rispondere a ogni singola domanda con un sì o un no. Le domande a cui si risponde con un sì devono essere integrate con le informazioni esatte relative a data, durata e guarigione, nonché eventuali conseguenze e indirizzo del medico curante.

Dichiarazione della persona da assicurare

Cognome

Nome

Quale attività professionale svolge?

Data di nascita

N. ass. sociale

Domande sullo stato di salute (da compilare a cura della persona da assicurare):

1. Ha mai subito un intervento chirurgico? Sì No
2. Negli ultimi 5 anni ha trascorso un periodo di degenza presso un ospedale, un sanatorio o una casa di cura, oppure è prevista una degenza ospedaliera? Sì No
3. Soffre delle conseguenze di un infortunio oppure di una disabilità fisica (ad es. anchilosi, perdita di arti, utilizzo di materiale di fissaggio osseo)? Sì No
4. Ha ricevuto un trattamento con raggi X o sostanze radioattive? Sì No
5. Negli ultimi 5 anni è stato inabile al lavoro per oltre 3 settimane? Sì No
6. Negli ultimi 5 anni ha dovuto ricorrere ad assistenza medica per oltre 3 settimane? Sì No
7. Negli ultimi 5 anni ha dovuto sottoporsi a cure mediche per motivi qui non elencati? Sì No

Se ha risposto in modo affermativo ad almeno una delle domande da 1 a 7, la preghiamo di rispondere anche alle domande del punto 8. In caso contrario proceda con la domanda 9.

8. Domanda n. Quale malattia o intervento chirurgico? Quand? Combien de temps? Médecin traitant
 Quel accident? È guarito? Conseguenze? (nome e indirizzo)

	Quale malattia o intervento chirurgico? Quel accident?	Quando? Combien de temps? È guarito? Conseguenze?	Médecin traitant (nome e indirizzo)

9. Fuma? Sì No Se sì, cosa? Quantità al giorno? Da quando?
10. Negli ultimi 5 anni ha assunto o assume attualmente sostanze stupefacenti (droghe)? Sì No
Se sì, quali?
11. Negli ultimi 5 anni ha sofferto o soffre di problemi di dipendenza (farmaci, alcool, droghe ecc.)? Sì No
Se sì, quali?
Con che frequenza?
Ultimo episodio
Medico curante
12. Ha mai eseguito il test dell'HIV con un risultato positivo o ambiguo? Sì No
13. La sua capacità visiva è limitata? Sì No
sì, riesce tranquillamente a leggere (con occhiali o lenti a contatto) il testo di un giornale? Sì No
14. La sua capacità uditiva è limitata? Sì No
sì, questo disturbo può essere corretto completamente con un apparecchio acustico? Sì No
15. Statura cm
16. Peso kg

Esonero dall'obbligo di segreto professionale o d'ufficio / Diritto alla consultazione degli atti

Se necessario per l'attuazione della previdenza del personale, la persona firmataria solleva l'assicurazione federale per l'invalidità, l'assicurazione militare, gli assicuratori contro gli infortuni, i precedenti istituti di previdenza, gli assicuratori malattia e gli assicuratori delle indennità giornaliere in caso di malattia, eventuali assicuratori esteri e i medici curanti dall'obbligo di segreto professionale o d'ufficio nei confronti della riassicurazione e dei servizi competenti della Pro Medico Fondazione e, laddove necessario, autorizza gli istituti e le persone qui elencati a fornire le informazioni necessarie e l'accesso agli atti. Vengono raccolte solo le informazioni necessarie e tutti i dati sono trattati con la massima riservatezza da parte della riassicurazione e della Pro Medico Fondazione. I dati servono unicamente al trattamento del contratto di previdenza e di assicurazione.

La persona firmataria prende atto che, nell'ambito delle disposizioni di legge vigenti, la Pro Medico Fondazione e la riassicurazione hanno la facoltà di ridurre o rifiutare le prestazioni in caso di dati errati o incompleti.

Luogo e data

Firma

Si prega di inviare al seguente indirizzo: Pro Medico Fondazione, Löwenstrasse 25, casella postale, 8021 Zurigo