

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		Data di nascita	
Nome		N. ass. sociale	7 5 6
E-mail (private)			
Indirizzo			
Quale attività professionale svolge?			

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

- Ha mai subito un intervento chirurgico? ☐ Sì ☐ No
- 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
- 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
- Ha ricevuto un trattamento con raggi X o sostanze radioattive? ☐ Sì ☐ No
- Negli ultimi 5 anni è stato inabile al lavoro per oltre 3 settimane? ☐ Sì ☐ No
- Negli ultimi 5 anni ha dovuto ricorrere ad assistenza medica per oltre 3 settimane? ☐ Sì ☐ No
- 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?	Quando? Quantotempo?	Il medico curante?
	Quale infortunio?	È guarito? Conseguenze?	(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