



Inviare a:

Cassa pensione Calzature-Cuoio  
c/o Cassa AVS Simulac  
Wytttenbachstrasse 24  
Casella postale  
3000 Berna 22

## Questionario sullo stato di salute

all'attenzione della Cassa pensione Calzature-Cuoio

### Generalità della persona assicurata

Cognome, nome: \_\_\_\_\_  
Numero AVS: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_  
Via e numero: \_\_\_\_\_  
CAP, luogo: \_\_\_\_\_

### Domanda sulla condizione di salute

All'inizio dell'assicurazione o al momento dell'aumento della prestazione era totalmente o parzialmente inabile al lavoro?

No  Sì: Allegare eventuale decisione rilasciata dall'Al.

Attualmente soffre di disturbi o danni alla salute dovuti alle conseguenze di un infortunio o di una malattia?

No  Sì: Quali? \_\_\_\_\_  
Da quando? \_\_\_\_\_  
Medici/ospedali \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_

Si sottopone attualmente o si è sottoposto negli ultimi cinque anni a un trattamento o controllo medico, chiropratico o psicologico per una durata superiore a quattro settimane oppure necessita di, assume o ha assunto regolarmente medicinali, antidolorifici, sonniferi, tranquillanti o droghe?

No  Sì: Per quale motivo? \_\_\_\_\_  
Da quando a quando? \_\_\_\_\_  
Medici/ospedali \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_

Negli ultimi cinque anni ha dovuto interrompere, completamente o parzialmente, il lavoro per malattia o infortunio per più di due settimane (ininterrottamente)?

No  Sì: Per quale motivo? \_\_\_\_\_  
Da quando a quando? \_\_\_\_\_  
Medici/ospedali \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_

Persona assicurata

Cognome, nome: \_\_\_\_\_

Numero AVS: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Negli ultimi cinque anni si è sottoposto a degli esami, ad es. controlli, radiografie, elettrocardiogrammi, test HIV ecc. che hanno dato un riscontro non nella norma (non vanno menzionati esami genetici)?

No     Si: Quali? \_\_\_\_\_  
Quando? \_\_\_\_\_  
Medici/ospedali \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_

Negli ultimi cinque anni ha sofferto o soffre di uno o più di questi disturbi o danni alla salute: artrosi, asma, malattie degli occhi, bronchite, ipertensione arteriosa, colesterolo alto, malattie cardiache, cancro, paralisi, sclerosi multipla, una diminuzione della vista / dell'udito non corretta, malattie o disturbi psichici, dolori reumatici, disfunzioni ghiandolari o della tiroide, ictus, patologie a carico della colonna vertebrale, diabete o altre malattie, disturbi o sintomi qui non elencati?

No     Si: Quali? \_\_\_\_\_  
Da quando a quando? \_\_\_\_\_  
Medici/ospedali \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_

Negli ultimi cinque anni ha subito un intervento (ambulatoriale o con degenza) o un tale intervento è previsto/raccomandato?

No     Si: Quali? \_\_\_\_\_  
Quando? \_\_\_\_\_  
Medici/ospedali \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_

**Riserva sullo stato di salute**

La sua precedente cassa pensione ha espresso una riserva sullo stato di salute?

No     Si: Allegare una copia della riserva.

**Esonero dall'obbligo di riservatezza professionale o d'ufficio e diritto alla consultazione degli atti**

La persona da assicurare autorizza tutti i medici, psicoterapeuti, fisioterapisti, chiropratici, gli ospedali nonché il precedente istituto di previdenza, a dare informazioni sul suo stato di salute e/o sulla sua attuale copertura previdenziale in relazione a questa assicurazione a proparis e all'organo d'applicazione della cassa pensione, e li libera pertanto dal segreto professionale. Essa prende atto, inoltre, che la copertura assicurativa dipende dalla correttezza della presente dichiarazione e che la cassa pensione o il rispettivo organo d'applicazione può recedere dall'intero contratto di previdenza in caso siano stati riportati dati inesatti o omessi fatti.

Luogo, data: \_\_\_\_\_

Firma della persona assicurata: \_\_\_\_\_