

Questionario sullo stato di salute

Informazioni

Al momento dell'iscrizione, la Cassa Pensioni Valora ha facoltà di chiedere all'assicurato informazioni in merito al suo stato di salute, reperire informazioni mediche o farlo visitare da un medico di fiducia a spese della Cassa Pensioni Valora. Inoltre, la Cassa Pensioni Valora può applicare una riserva per i rischi di decesso e invalidità connessi a motivi di salute e, pertanto, può limitare la copertura assicurativa qualora vengano superati i requisiti minimi ai sensi della LPP (Legge federale sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità).

La copertura assicurativa è provvisoria fino al completamento della valutazione dello stato di salute. Le riserve relative allo stato di salute si applicano al massimo per 5 anni. Qualora si verifichi un caso interessato dalla riserva, la riduzione della prestazione sarà a vita. Le riserve di precedenti istituti previdenziali verranno adottate tenendo conto del tempo trascorso presso il precedente istituto previdenziale.

1. Dati personali

Cognome _____	Nome _____
Via, N° _____	NPA, località _____
Data di nascita _____	Paese _____
Ind. e-mail (privato) _____	No. AVS _____

2. Domande sullo stato di salute

1. Indichi cortesemente la Sua altezza _____ cm e il Suo peso _____ kg.
2. Attualmente o negli ultimi 5 anni si è sottoposto/a a cure o controlli medici per motivi fisici o psichici? Sì No
3. Negli ultimi 5 anni ha assunto regolarmente medicinali? Sì No
4. La Sua capacità lavorativa è in qualche modo limitata (totalmente o parzialmente)? Sì No
5. Negli ultimi 5 anni è stato/a inabile al lavoro per più di 3 settimane? Sì No
6. Negli ultimi 5 anni è stato/a sottoposto/a a cure ospedaliere stazionarie, riabilitative o terapeutiche? Sì No
7. Presenta infermità congenite, invalidità o ha riportato conseguenze in seguito a un incidente o una malattia? Sì No
8. Negli ultimi 5 anni si è rivolto/a a medici, chiropratici, osteopati, fisioterapisti o psicoterapeuti non ancora menzionati o ad altri specialisti del settore sanitario oppure ha intenzione di sottoporsi a cure di questo tipo? Sì No
9. Negli ultimi 5 anni ha avuto problemi di dipendenze (farmaci, alcol, droghe ecc.)? Sì No
10. Negli ultimi 10 anni si è avvalso/a o ha richiesto prestazioni (indennità giornaliera, rendite, indennità per menomazione dell'integrità ecc.) dell'assicurazione per l'invalidità, dell'assicurazione militare o dell'assicurazione contro gli infortuni, della cassa pensioni, di un'assicurazione sociale estera o di un'altra assicurazione (ad es. assicurazione di indennità giornaliera di malattia o di responsabilità civile)? Sì No
Da chi? _____
La preghiamo di allegare una copia dei documenti relativi alle suddette prestazioni (ad es. copia della disposizione, conteggio delle indennità giornaliera, iscrizione ecc.).
11. Nei Suoi confronti sussiste una riserva medica presso la precedente cassa pensioni? Sì No
Da quando? _____
La preghiamo di allegare una copia della riserva.

Voltare pagina

3. Se nella pagina precedente ha risposto alle domande 1–9 con un “Sì”, La preghiamo di indicare le seguenti informazioni:

N. domanda	da quando	fino a quando	Che tipo di malattia, disturbo, malanno, esame?	Esito* 1 o 2
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Inoltre La preghiamo di indicare l'indirizzo completo degli ospedali (medico/reparto) e dei medici curanti:

N. domanda	da quando	fino a quando	Che tipo di malattia, disturbo, malanno, esame?	Esito* 1 o 2
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Inoltre La preghiamo di indicare l'indirizzo completo degli ospedali (medico/reparto) e dei medici curanti:

N. domanda	da quando	fino a quando	Che tipo di malattia, disturbo, malanno, esame?	Esito* 1 o 2
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Inoltre La preghiamo di indicare l'indirizzo completo degli ospedali (medico/reparto) e dei medici curanti:

N. domanda	da quando	fino a quando	Che tipo di malattia, disturbo, malanno, esame?	Esito* 1 o 2
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Inoltre La preghiamo di indicare l'indirizzo completo degli ospedali (medico/reparto) e dei medici curanti:

N. domanda	da quando	fino a quando	Che tipo di malattia, disturbo, malanno, esame?	Esito* 1 o 2
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Inoltre La preghiamo di indicare l'indirizzo completo degli ospedali (medico/reparto) e dei medici curanti:

N. domanda	da quando	fino a quando	Che tipo di malattia, disturbo, malanno, esame?	Esito* 1 o 2
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Inoltre La preghiamo di indicare l'indirizzo completo degli ospedali (medico/reparto) e dei medici curanti:

* 1 = guarito, tutto nella norma / cure terminate
2 = non guarito / non nella norma / in cura o sottoposto a controlli

4. Dichiarazione/firma

Con la presente dichiaro di aver letto le precedenti affermazioni e spiegazioni contenute nel foglio informativo “Valutazione dello stato di salute”, nonché di aver compilato il questionario sullo stato di salute.

Autorizzo tutti i medici e gli ospedali che mi hanno preso in cura, nonché il mio attuale istituto previdenziale, a comunicare alla Cassa Pensioni Valora informazioni sul mio stato di salute in merito alla mia previdenza professionale e a garantire un'opportuna visione dei miei documenti.

Prendo atto che la copertura assicurativa dipende dalla correttezza della presente dichiarazione e che, in caso di informazioni inesatte, la Cassa Pensioni Valora ha facoltà di recedere dal contratto assicurativo nel contesto delle prestazioni sovraobbligatorie.

Luogo/data _____

Firma _____