

Foglio aggiuntivo – Questionario sullo stato di salute in caso di modifica delle prestazioni

No. di conteggio (se a conoscenza) _____

1. Dati personali

Cognome, nome _____

No. AVS _____

Titolo di specialista _____

2. Indicazioni sullo stato di salute

a) Dispone della piena capacità al lavoro o al guadagno?

☐ sì

☐ no

Nota:

Una persona è ritenuta non completamente abile al lavoro, quando all'inizio dell'assicurazione

- è costretta per motivi di salute a stare parzialmente o del tutto lontana dal lavoro, oppure
- percepisce prestazioni d'indennità giornaliera in seguito a malattia o infortunio, oppure
- è annunciata presso un'assicurazione d'invalidità statale, oppure
- percepisce una rendita a causa di un'invalidità intera o parziale, oppure
- conforme alla sua formazione o alle sue capacità non può più essere pienamente occupata per motivi di salute

Tutte le altre persone sono ritenute completamente abili al lavoro.

Se no: per quale motivo?

b) Negli ultimi cinque anni ha dovuto interrompere il Suo lavoro del tutto o in parte per motivi di salute per una durata superiore a quattro settimane consecutive?

☐ sì

☐ no

Se sì: Per quale motivo

da quando – a quando

guarito

☐ sì

☐ no

☐ sì

☐ no

☐ sì

☐ no

☐ sì

☐ no

c) Negli ultimi 10 anni è stato affetto da qualche malattia, ha subito infortuni o operazioni oppure è prevista a breve qualche operazione?

☐ sì

☐ no

Se sì: precisare quale malattia/infortunio/operazione, data, nome e indirizzo del medico curante.

d) Vi sono fattori rischio inerenti alla salute (fumo, alcol, medicinali, ecc.)?

☐ sì

☐ no

Se sì, precisare quali:

e) Hai assunto farmaci negli ultimi 5 anni o stai attualmente assumendo farmaci regolarmente?

☐ sì

☐ no

Se sì, precisare quali: Ragione?

f) Altezza corporea

cm

Peso corporeo

kg

3. Conferma e firma

Il/La sottoscritto/a dichiara

- che i dati forniti nel presente modulo sono completi e conformi alla verità;
- di prendere atto che una violazione dell'obbligo di notifica autorizza la PAT BVG a ridurre le prestazioni previste dal regolamento alle prestazioni minime LPP.

In caso di bisogno la PAT BVG può trasmettere i dati al proprio medico di fiducia oppure al riassicuratore. Tutti i dati verranno strettamente trattati con riservatezza.

Luogo e data

Firma

**Personalvorsorgestiftung
der Ärzte und Tierärzte PAT-BVG**

Dipartimento previdenza

PAT BVG
Frongartenstrasse 9
9001 St.Gallen

Tel. +41 71 556 34 00
www.pat-bvg.ch
info@pat-bvg.ch