

Foglio aggiuntivo

Questionario sullo stato di salute

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) Percepisce una rendita d'invalidità (in seguito a malattia o infortunio)?

☐ sì

☐ no

Se sì: Grado d'invalidità:

%

c) Presso l'istituto di previdenza precedente era in corso per motivi di salute una riserva o sono state rifiutate altre richieste di assicurazioni di persone?

☐ sì

☐ no

Se sì: quando, da parte di chi e perché?

d) È attualmente in buona salute?

☐ sì

☐ no

Se no: perché?

- e) È attualmente affetto da una malattia o dalle conseguenze di una malattia, di un infortunio o di un'infermità congenita? ☐ sì ☐ no

Se sì: precisare quale malattia/infortunio/infermità congenita e da quando. Nome e indirizzo del medico curante.

- f) 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

- g) 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.

- h) Vi sono fattori rischio inerenti alla salute (fumo, alcol, medicinali, ecc.)? ☐ sì ☐ no

Se sì, precisare quali:

- i) Hai assunto farmaci negli ultimi 5 anni o stai attualmente assumendo farmaci regolarmente? ☐ sì ☐ no

Se sì, precisare quali: Ragione?

- j) 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**

Direzione e previdenza

PAT BVG
Frongartenstrasse 9
9001 St.Gallen

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

Dipartimento immobili

PAT BVG
Kapellenstrasse 5
3011 Bern

Tel. +41 31 330 22 62
www.pat-bvg.ch
immo@pat-bvg.ch