

## CERTIFICATO DI SALUTE

Da compilare dalla persona assicurata.

### CONTATTO

Cognome	_____	Nome	_____
Via, n°	_____	NPA, località	_____
Telefono	_____	E-Mail	_____
Data di nascita	_____	Numero AVS	_____
Datore di lavoro	_____	Attività svolta	_____
Istituto di previdenza	_____		

### DATI SULLO STATO DI SALUTE

1. È attualmente abile al lavoro?  Sì  No  
Se no, indicare il grado percentuale d'incapacità lavorativa? \_\_\_\_\_ %  
Qual'è la causa dell'inabilità lavorativa? \_\_\_\_\_
2. In caso di risposta affermativa di una delle seguenti domande, voglia gentilmente compilare la pagina 3:
  - 2.1 Negli ultimi 5 anni è stato incapace al lavoro interrottamente per più di 3 settimane?  Sì  No
  - 2.2 Negli ultimi 24 mesi si è sottoposto a più di 4 consultazioni o esami presso un dottore o psicologo / psichiatra (vaccino, influenza, dentista, visita ginecologica o un controllo di routine non sono rilevanti)?  Sì  No
  - 2.3 È in cura presso un dottore o psicologo/psichiatra e il trattamento non è ancora concluso?  Sì  No
  - 2.4 Ha fatto uso negli ultimi 24 mesi di farmaci prescritti (senza tener conto di anticoncezionali) per un periodo di almeno 4 settimane?  Sì  No
  - 2.5 Ha fatto uso negli ultimi 24 mesi di droga illegale?  Sì  No
  - 2.6 Ha mai beneficiato d'invalidità e /o indennità giornaliera per malattia o infortunio per un periodo di almeno 6 settimane?  Sì  No
3. Si è mai sottoposto a un test HIV, dal quale il risultato era positivo?  Sì  No
4. Voglia per cortesia indicare la sua altezza (\_\_\_\_\_ cm) e il suo peso (\_\_\_\_\_ kg).
5. È stata formulata una riserva sullo stato di salute presso la sua cassa pensione? Oppure sono stati richiesti premi supplementari?  Sì  No  
Se sì, per quale motivo? \_\_\_\_\_  
**In caso affermativo, allegare una copia della riserva.**

### PROCURA E CONSENSO

#### Trasmissione dei dati per la valutazione del rischio e procura per la raccolta di dati relativi alla salute

L'ammissione nella copertura assicurativa regolare può dipendere da un'attuale valutazione del rischio. L'istituto previdenziale ha trasmesso tale valutazione del rischio al proprio riassicuratore PKRück AG ([www.pkruECK.com](http://www.pkruECK.com)) per il trattamento. L'istituto previdenziale, rispettivamente PKRück, necessita a tal fine di tutti i diritti per verificare i Suoi dati nel questionario sulla salute e anche richiedere a terzi ulteriori informazioni relative alla salute. L'istituto previdenziale, rispettivamente PKRück, tratta i Suoi dati relativi alla salute per la valutazione del rischio, nonché per motivare un'eventuale riserva.

## CERTIFICATO DI SALUTE

Da compilare dalla persona assicurata.

### Trattamento dei dati da parte dei riassicuratori per la valutazione del rischio

L'istituto previdenziale ha riassicurato i rischi decesso e invalidità presso PKRück. In alcuni casi, PKRück si avvale a sua volta di ulteriori riassicurazioni. Affinché i riassicuratori possano valutare e controllare il rischio, l'istituto previdenziale, rispettivamente PKRück, presenterà loro i Suoi dati relativi alla salute. I Suoi dati personali saranno utilizzati dai riassicuratori solo per le succitate finalità.

### Procura per la raccolta di dati relativi alla salute e consenso alla trasmissione dei dati

- Autorizzo i medici, gli psicologi, i fisioterapisti e gli psicoterapeuti che mi hanno in cura in relazione ai dati relative alla salute da me menzionati, nonché l'ulteriore personale sanitario, a fornire all'istituto previdenziale, rispettivamente a PKRück, ai fini della valutazione del rischio, tutte le informazioni e i documenti in merito al mio stato di salute e a eventuali trattamenti. Svincolo dette persone e i collaboratori degli istituti menzionati dal loro obbligo di segretezza nei confronti dell'istituto previdenziale rispettivamente di PKRück. Inoltre, accetto che l'istituto previdenziale, rispettivamente PKRück, trasmetta i miei dati relativi alla salute a questi enti, per le finalità menzionate, e svincolo espressamente i collaboratori di queste istituzioni dal loro obbligo di segretezza.
- Acconsento al fatto che i miei dati relativi alla salute, per quanto necessario, siano trasmessi a PKRück ed eventualmente a ulteriori riassicurazioni e che siano utilizzati in quella sede per le finalità menzionate nel presente documento. Il presente consenso comprende espressamente anche il diritto di PKRück di trasmettere a sua volta ad altri riassicuratori, per le medesime finalità, i miei dati relativi alla salute.

Questi consensi possono essere revocati in qualsiasi momento mediante comunicazione scritta all'istituto previdenziale e a PKRück. Il sottoscritto è consapevole che, in caso rifiuti i necessari consensi o revochi un consenso rilasciato, l'assicurazione delle regolari prestazioni potrebbe non essere garantita.

Confermo di aver risposto in modo veritiero alle domande formulate nella dichiarazione sullo stato di salute.

Luogo, date: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**DOMANDE 2.1 A 2.4**

Definizione della diagnosi, per la quale riscontra o ha riscontrato dei disturbi alla salute?

1 \_\_\_\_\_  
 2 \_\_\_\_\_  
 3 \_\_\_\_\_

Da quando? \_\_\_\_\_

La cura è terminata?

Sì, dal \_\_\_\_\_  
 No  
 Sì, dal \_\_\_\_\_  
 No  
 Sì, dal \_\_\_\_\_  
 No

Persistono o sono da aspettarsi conseguenze / complicazioni?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nome e indirizzo del medico curante / ospedale:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DOMANDA 2.4**

Nome dei farmaci prescritti:

Quantità:

Da quando? \_\_\_\_\_

La cura è terminata?

Nome e indirizzo del medico curante / ospedale:

1 \_\_\_\_\_  
 2 \_\_\_\_\_  
 3 \_\_\_\_\_

Sì, dal \_\_\_\_\_  
 No  
 Sì, dal \_\_\_\_\_  
 No  
 Sì, dal \_\_\_\_\_  
 No

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DOMANDA 2.5**

Quali droghe illegali usa o ha fatto uso?

Quante e con quale frequenza?

Per quale periodo:

1 \_\_\_\_\_  
 2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DOMANDA 2.6**

Per quale motivo riceve una rendita e/o un'indennità giornaliera?

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Luogo, date: \_\_\_\_\_

Nome e indirizzo del suo medico curante:

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_