

## Dichiarazione dello stato di salute

### Dati personali

Nome datore di lavoro / medico indipendente \_\_\_\_\_

N° affiliazione \_\_\_\_\_ Piano \_\_\_\_\_

Medico  indipendente  collaboratore

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Via, n. \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

NPA, località \_\_\_\_\_ Stato civile  celibe/nubile  vedovo/a

Data di nascita \_\_\_\_\_  coniugato/a - unione domestica registrata

N° AVS \_\_\_\_\_  unione domestica non registrata

Salario annuo CHF \_\_\_\_\_ Data matrimonio /registrazione unione domestica \_\_\_\_\_

divorziato/a  unione domestica sciolta

Data divorzio/ scioglimento unione domestica \_\_\_\_\_

Pers. a carico  sì  no

Assicurazione per la perdita di guadagno  sì  no

### Motivo della notifica

Modifica  Ingresso nella fondazione  Aumento delle prestazioni  Altro \_\_\_\_\_

Data di effetto \_\_\_\_\_

Rispondere soltanto in caso di ingresso nella fondazione:

L'assunzione si basa su una riqualificazione dell'Assicurazione federale per l'invalidità (AI)?  Sì  No

### Questionario sulla salute dell'assicurato

- Soffre di problemi di salute, malformazioni, cecità e/o sordità, postumi dovuti a infortunio/incidente, a malattia o ad affezioni congenite?  Sì  No
- Ha una ridotta capacità di lavoro o di guadagno?  Sì  No
- Nel corso degli ultimi 5 anni, ha ricevuto cure mediche, o è stato/a sottoposto/a a controlli/trattamenti medici per periodi superiori a 4 settimane, o è stato/a sottoposto/a a controlli medici ripetuti durante tale periodo?  Sì  No
- Nel corso degli ultimi 5 anni, ha seguito una terapia o una consultazione presso uno psicoterapeuta, uno psicologo o un medico per disturbi psichici; ha consultato un medico per problemi alla schiena o alle articolazioni o è stato/a sottoposto/a a trattamenti di fisioterapia, chiropratica od osteopatia?  Sì  No

In caso di risposta affermativa alle domande 1–4, inserire le precisazioni richieste

Numero domanda	Problemi di salute, interventi, lesioni per infortuni/incidenti	Quando	Durata	Guarigione senza postumi	Medico, Ospedale, Indirizzo

5. Assume o ha assunto regolarmente medicinali nel corso degli ultimi 5 anni (a eccezione dei contraccettivi)?  Sì  No

Medicinali assunti	Motivo	Quando	Durata	Guarigione senza postumi	Medico, Ospedale, Indirizzo

6. E' fumatore regolare?  Sì  No

7. Quante ore di sport pratica in media a settimana? \_\_\_\_\_ ore settimanali

8. Si è sottoposto/a a un test per l'AIDS o per HIV con risultato "positivo" o "probabilmente positivo"?  Sì  No

Se sì: indicare data e Medico, ospedale, indirizzo \_\_\_\_\_

9. Altezza \_\_\_\_\_ cm Peso \_\_\_\_\_ kg

10. Nome e indirizzo del medico che conosce meglio il suo stato di salute: \_\_\_\_\_

**Precedenti rapporti di previdenza (compilare soltanto in caso di ingresso nella fondazione)**

1. Esiste una **riserva** per motivi di salute presso il precedente Istituto di previdenza?  Sì  No

Se sì: da quando? \_\_\_\_\_ Motivazione: \_\_\_\_\_

Istituto di previdenza precedente, incluso indirizzo \_\_\_\_\_

**Dichiarazione, autorizzazione, firma**

Il sottoscritto dichiara di aver risposto alle domande contenute nel presente documento in modo esauriente e veritiero. Si impegna a comunicare alla Fondazione Aromed eventuali variazioni che intervenissero prima dell'inizio della copertura assicurativa definitiva. Qualsiasi violazione dell'obbligo a dichiarare può comportare la riduzione o il rifiuto delle prestazioni e dar luogo da parte della Fondazione Aromed alla richiesta di risarcimento e di interessi.

La firma dell'assicurato autorizza la Fondazione Aromed al trattamento dei dati raccolti con lo scopo di esaminare il rischio e accedere alle informazioni in possesso degli istituti di previdenza presso i quali è stato precedentemente assicurato e del personale medico e relativo personale ausiliario al fine di analizzare il rischio e gestire le prestazioni. Si autorizza inoltre la Fondazione Aromed a trasmettere il presente formulario al proprio medico di fiducia.

In caso di nuova affiliazione, l'assicurato è coperto per le prestazioni minime LPP fino a pronuncia da parte della Fondazione Aromed sull'accettazione della copertura previdenziale con o senza riserva. Sulla base dei risultati dell'analisi del rischio, la Fondazione ha facoltà di emettere una riserva per ragioni di salute in relazione con le prestazioni sovraobbligatorie. La durata massima di tale riserva è di cinque anni. Rimangono riservate le prescrizioni legali e regolamentari.

Si prega di notare che l'apposizione della firma implica la responsabilità rispetto alle dichiarazioni rilasciate, anche ove le risposte siano state compilate da terze persone.

Informazioni supplementari, osservazioni:

---

---

---

Luogo/data \_\_\_\_\_ Firma della persona da assicurare \_\_\_\_\_