

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 seguente:

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.

Dichiarazione della persona assicurata

Confermo di aver risposto in modo veritiero alle domande formulate nella dichiarazione sullo stato di salute. Autorizzo i medici che mi hanno curato e visitato a fornire al medico di fiducia della PKRück in forma riservata tutte le informazioni necessarie sul mio stato di salute.

Luogo, data: _____ Firma: _____

Domande 2.1 a 2.4

Definizione della diagnosi, per la quale riscontra o ha riscontrato dei disturbi alla salute?	Da quando?	La cura è terminata?	Persistono o sono da aspettarsi conseguenze / complicazioni?	Nome e indirizzo del medico curante / ospedale:
1		<input type="radio"/> sì, dal _____ <input type="radio"/> no		
2		<input type="radio"/> sì, dal _____ <input type="radio"/> no		
3		<input type="radio"/> sì, dal _____ <input type="radio"/> no		

Domanda 2.4

Nome dei farmaci prescritti	Quantità:	Da quando?	La cura è terminata?	Nome e indirizzo del medico curante / ospedale:
1			<input type="radio"/> sì, dal _____ <input type="radio"/> no	
2			<input type="radio"/> sì, dal _____ <input type="radio"/> no	
3			<input type="radio"/> sì, dal _____ <input type="radio"/> 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?
_____ dal _____ al _____
Nome e indirizzo del suo medico curante:

Luogo, data: _____ Firma: _____