

Dichiarazione sullo stato di salute

(Da compilare integralmente da part e della persona da assicurare)

Dati personali

Cognome, nome	_____	_____
Via, numero civico	_____	CAP, luogo _____
Numero di telefono	_____	E-Mail _____
N. AVS / N. AS	_____	
Occupazione	_____	
Data di nascita	_____	<input type="radio"/> maschio <input type="radio"/> femmina
Datore di lavoro	_____	
Cassa pensioni	_____	

Grund der Anfrage

- Nuovo ingresso Adeguamento salariale Nuova aggiunta al fondo pensione

Nota importante

Integral si riserva il diritto di verificare l'ammissione alle prestazioni assicurative contrattuali attraverso una visita medica. In caso di risposte incomplete o non veritiere alle domande seguenti, la compagnia è esonerata dall'obbligo di erogare le prestazioni se il contratto entro quattro settimane dal momento in cui è venuta a conoscenza della violazione dell'obbligo di informazione. annullamento del contratto.

Avviso

Con la Sua firma, Lei autorizza Integral e RV-Pool, c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule, a trattare i dati che riceve sulla base del rapporto assicurativo e a trasmetterli a riassicuratori, altri assicuratori, enti ufficiali e altre parti interessate nella misura necessaria e a ottenere informazioni da loro. L'assicurato esonera ospedali, medici, enti ufficiali, compagnie di assicurazione e altri istituti assicurativi dall'obbligo di riservatezza e li autorizza a fornire a Integral e a RV-Pool, c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule o al loro servizio medico tutte le informazioni relative al rapporto assicurativo.

Informativa sulla privacy

Presso Integral e RV-Pool c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule i vostri dati sono gestiti in modo sicuro e strettamente confidenziale. Integral e RV-Pool c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule si preoccupano di garantire il pieno rispetto dei requisiti di legge in materia di protezione dei dati. Integral e RV-Pool c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule si preoccupano di garantire il pieno rispetto dei requisiti di legge in materia di protezione dei dati.

Luogo, data

Firma della persona da assicurare

Dichiarazione sulla salute

Cognome, nome: _____

Data di nascita: _____

1. Attualmente è pienamente idoneo al lavoro? sì no
Se no, indicare la percentuale di inabilità lavorativa _____ %
2. Dimensioni del corpo _____ cm Peso _____ kg
3. Consumo di tabacco sì no
Se sì, specificare il tipo di consumo e la quantità _____
4. Consumo di alcol (1 unità = 1dl di vino, 3dl di birra, 4cl di alcolici). Si tratta di più di 20 unità a settimana? sì no
Se sì, specificare il tipo di consumo e la quantità _____
5. Negli ultimi 12 mesi è stato assente dal lavoro per più di 2 settimane per motivi di salute? dal lavoro? sì no
Se sì, perché? _____
- 6a. È stato curato in un ospedale, in un sanatorio o in una casa di riposo negli ultimi 5 anni? è stato ricoverato o è in programma un trattamento ospedaliero? sì no
- 6b. Ha o ha avuto malattie, disturbi o disturbi fisici, mentali o psicologici negli ultimi 5 anni? Soffre delle conseguenze di un incidente una malattia o un'infermità (ad esempio, rigidità articolare, perdita di arti, fissazioni ossee)? sì no

Se 6a e/o 6b sì, completare:

Tipo di reclamo e trattamento	da	a	Medico o ospedale (indirizzo e reparto)

8. Se è stato sottoposto a esami che non hanno dato risultati normali: radiografia, ECG risultati: radiografia, ECG, test dell'AIDS, esame delle urine o del sangue o altri esami speciali? esami? sì no
Se sì, quali? _____
8. Assume regolarmente farmaci? sì no
Se sì, quali? _____
Medico curante: _____
9. La sua domanda di ammissione è stata rinviata da una compagnia di assicurazione o accettata solo a condizioni più difficili (aumento del premio, riduzione della durata dell'assicurazione o delle prestazioni)? sì no
Se sì, quali? _____
10. Se, al momento attuale e all'inizio dell'assicurazione assicurazione d'invalidità, assicurazione militare, assicurazione d'indennità giornaliera per malattia o assicurazione contro gli infortuni o infortuni o se sono state richieste prestazioni da una di queste assicurazioni assicurazioni (allegare copia di eventuali disposizioni)? sì no
Se sì, quali? _____
11. Qual è il medico che conosce meglio la sua storia clinica? Se necessario, indicare più indirizzi:
Nome, indirizzo e numero di telefono: _____
Nome, indirizzo e numero di telefono: _____

Nota importante

Integral si riserva il diritto di verificare l'ammissione alle prestazioni assicurative contrattuali mediante una visita medica. visita medica. Se le risposte alle domande seguenti sono incomplete o non veritiere, la compagnia è esonerata dall'obbligo di prestazione se disdice il contratto entro quattro settimane da quando è venuta a conoscenza della violazione dell'obbligo di informazione.

Luogo, data

_____ Firma della persona da assicurare