

Complemento alla notifica

Contratto n. /

Datore di lavoro Nome e sede

Persona assicurata

Cognome Nome Nazionalità

Via, NPA e località, Paese Data di nascita Sesso

Attività lucrativa attuale Paese di lavoro m f

Reperibilità

Indirizzo e-mail privato N. di telefono

Altezza (cm) Peso (kg)

Domande sullo stato di salute

Vengono presi in considerazione gli **ultimi 5 anni** prima dell'inizio dell'assicurazione o dell'aumento della prestazione. Le risposte affermative vanno integrate con i dettagli richiesti.

Dettagli

1. All'inizio dell'assicurazione o al momento dell'aumento della prestazione era totalmente o parzialmente inabile al lavoro? Sì No

Dispone di una decisione AI? Sì No

Se dispone di una decisione AI, voglia allegarla. Altrimenti alleghi i conteggi dell'assicurazione contro gli infortuni o delle indennità giornaliere in caso di malattia, se disponibili.

2. Attualmente è affetto da disturbi della salute di qualsiasi genere o dalle conseguenze di un infortunio o una malattia? Sì No

Quali Da quando guarito non guarito

1* 2*

Medici/ospedali (nome e indirizzo)

3. Ha sofferto o soffre di uno o più di questi disturbi o danni alla salute: artrosi, asma, malattie degli occhi, bronchite, ipertensione arteriosa, colesterolo alto, malattie cardiache, cancro, paralisi, sclerosi multipla, una diminuzione della vista/dell'udito **non** corretta, malattie o disturbi psichici, dolori reumatici, disfunzioni ghiandolari o della tiroide, ictus, patologie a carico della colonna vertebrale, diabete o altre malattie, disturbi o sintomi qui non elencati? Sì No

Quali Da quando a quando guarito non guarito

1* 2*

Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo)

Quali Da quando a quando guarito non guarito

1* 2*

Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo)

Quali Da quando a quando guarito non guarito

1* 2*

Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo)

* 1 = guarito/tutto nella norma/trattamento concluso

* 2 = non guarito/non nella norma/in trattamento o sotto controllo

| | |
|---|---|
| 4. Ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per più di 2 settimane a causa di malattia o infortunio? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Perché Da quando a quando | guarito non guarito |
| Medici/ospedali (nome e indirizzo) | <input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2* |
| Perché Da quando a quando | guarito non guarito |
| Medici/ospedali (nome e indirizzo) | <input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2* |

| | |
|--|---|
| 5. Viene o è stato sottoposto per più di 4 settimane a controlli o trattamenti medici, chiropratici o psicologici oppure necessita, assume o assumeva regolarmente medicinali, antidolorifici, calmanti, sedativi o droghe? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Per quali motivi è o è stato in trattamento/sotto controllo Da quando a quando | guarito non guarito |
| Medici/ospedali (nome e indirizzo) | <input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2* |
| Quali medicinali, ecc. Da quando a quando | Quale quantità a settimana |
| Per quali motivi è o è stato in trattamento/sotto controllo Da quando a quando | guarito non guarito |
| Medici/ospedali (nome e indirizzo) | <input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2* |
| Quali medicinali, ecc. Da quando a quando | Quale quantità a settimana |

| | |
|---|---|
| 6. Sono stati condotti esami, ad es. controlli, radiografie, ECG, test HIV, ecc., che non hanno prodotto esiti nella norma? (non devono essere indicate le analisi genetiche) | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Quali Quando | guarito non guarito |
| Medici/ospedali (nome e indirizzo) | <input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2* |
| Quali Quando | guarito non guarito |
| Medici/ospedali (nome e indirizzo) | <input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2* |

| | |
|--|---|
| 7. Ha dovuto subire un intervento (ambulatoriale o con degenza) o un tale intervento è previsto/raccomandato? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Quali Quando | guarito non guarito |
| Medici/ospedali (nome e indirizzo) | <input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2* |
| Quali Quando | guarito non guarito |
| Medici/ospedali (nome e indirizzo) | <input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2* |

| | |
|---|--|
| 8. Quale medico (anche chiropratico, psicoterapeuta) conosce meglio il suo stato di salute? | |
| Cognome Nome NPA e località | |

* 1 = guarito/tutto nella norma/trattamento concluso

* 2 = non guarito/non nella norma/in trattamento o sotto controllo

Dati supplementari Presso il suo ultimo datore di lavoro è stato assicurato nell'ambito di una previdenza professionale? Sì No
In caso affermativo, voglia fornire le seguenti informazioni aggiuntive
in caso di cambiamento del posto di lavoro Ditta o istituto di previdenza Via, NPA e località

Da parte della precedente cassa pensione è stata espressa una riserva sul suo stato di salute? Sì No
(se sì, allegare una copia della riserva)

Osservazioni

Dichiarazione Dichiaro di esonerare dal segreto professionale tutti i medici, psicoterapeuti, fisioterapisti, chiropratici, gli ospedali, gli assicuratori per infortuni e malattie nonché il mio precedente istituto di previdenza ai quali il Servizio medico di AXA Vita SA dovesse rivolgersi, ora o in futuro, per ottenere informazioni sul mio stato di salute e/o la mia precedente copertura previdenziale.
Confermo inoltre di essere stato informato che la copertura assicurativa dipende dalla veridicità delle indicazioni precedenti e che, in caso di indicazioni non veritiere, AXA Vita SA ha il diritto di recedere dall'assicurazione conformemente alle disposizioni legali.

Obbligo fiscale Con la presente la persona assicurata conferma di essere la sola responsabile per le notifiche fiscali alle relative autorità tributarie nonché per il pagamento di tutti gli obblighi fiscali risultanti dalla riscossione di prestazioni.

Firma Data Firma

Inviare a AXA Vita SA
Casella postale 300
8401 Winterthur