

Certificato di salute

Da compilare dalla persona assicurata

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Via, n°	<input type="text"/>	NPA, località	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>	Numero AVS	<input type="text"/>
Datore di lavoro	<input type="text"/>	Attività svolta	<input type="text"/>
Instituto di previdenza	<input type="text"/>		

Motivo della richiesta

- Nuova entrata Adeguamento del salario Nuovo accesso all'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'incapacità 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'inv alidità 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

Si sì, per quale motivo?

In caso affermativo, allegare una copia della riserva .

Dichiarazione della persona assicurata

Confirmando 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 direzione di RV-Pool, c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule e PKRück in forma riservata tutte le informazioni necessarie sul mio stato di salute.

Luogo, data Firma

	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:
Domande 2.1.1. a 2.3.	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		

	Nome dei farmaci prescritti?	Quantità:	Da quando?	La cura è terminata?	Nome e indirizzo del medico curante / ospedale:
Domanda 2.4.	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	

	Quali droghe illegali usa o ha fatto uso?	Quantità e con quale frequenza?	Per quale periodo?
Domanda	1		
	2		
	3		

Domanda 2.6.	Per quale motivo riceve una rendita e/o un'indennità giornaliera?	dal:	al:

Nome e indirizzo del suo medico curante:

Luogo: _____ Firma: _____