

## Complemento alla notifica

Azienda n. \_\_\_\_\_  
 Contratto n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<b>Persona assicurata</b>	Cognome	Nome	Numero AVS	
	Via, NPA e località		Data di nascita	Sesso
	Attività lucrativa attuale		<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> 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.

<b>Dettagli</b>	<b>1.</b> All'inizio dell'assicurazione o al momento dell'aumento della prestazione era totalmente o parzialmente inabile al lavoro?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	Dispone di una decisione AI? Se dispone di una decisione AI, voglia allegarla. Altrimenti allegli i conteggi dell'assicurazione contro gli infortuni o delle indennità giornaliere in caso di malattia, se disponibili.	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<b>2.</b> Attualmente è affetto da disturbi della salute di qualsiasi genere o dalle conseguenze di un infortunio o una malattia?	Quali	Da quando	guarito    non guarito
	Medici/ospedali (nome e indirizzo)		<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
<b>3.</b> 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 <b>non</b> 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?	Quali	Da quando a quando	guarito    non guarito
	Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo)		<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
	Quali	Da quando a quando	guarito    non guarito
	Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo)		<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
	Quali	Da quando a quando	guarito    non guarito
	Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo)		<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*

\* 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
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Perché	Da quando a quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
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
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
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
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Quali medicinali, ecc.	Da quando a quando	Quale quantità a settimana	
.....		.....	
6. Sono stati condotti esami, ad es. controlli, radiografie, ECG, test HIV, ecc., <b>che non hanno prodotto esiti nella norma?</b> (non devono essere indicate le analisi genetiche)		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Quali	Quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Quali	Quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
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
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Quali	Quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
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** Presso il suo ultimo datore di lavoro è stato assicurato nell'ambito di una previdenza professionale?  Sì  No  
**supplementari** In caso affermativo, voglia fornire le seguenti informazioni aggiuntive  
in caso di  
cambiamento Ditta o istituto di previdenza Via, NPA e località  
del posto di lavoro

---

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.

---

**Firma** Data Firma della persona assicurata

---

**Inviare a** vorsorgestiftung film und audiovision  
Durchführungsstelle  
Postfach 300  
8401 Winterthur