

## Avviso di entrata per la perdita di guadagno malattia

**Assicuratore**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mutuel Assicurazioni SA          | <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA |
| <input type="checkbox"/> Mutuel Assicurazione Malattia SA | <input type="checkbox"/> EasySana Assicurazione Malattia SA |
| <input type="checkbox"/> Philos Assicurazione Malattia SA | <input type="checkbox"/> Avenir Assicurazione Malattia SA   |

### Datore di lavoro

Ragione sociale \_\_\_\_\_ N° di contratto \_\_\_\_\_  
CAP/Luogo \_\_\_\_\_ Categoria (se necessario) \_\_\_\_\_

### Persona da assicurare

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_  
N° d'assicurazione \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_  
Stato civile \_\_\_\_\_ Data del matrimonio \_\_\_\_\_  
Nazionalità \_\_\_\_\_ Permesso di soggiorno \_\_\_\_\_

Lingua:  I  F  D  E

Indirizzo completo : \_\_\_\_\_

Data di entrata \_\_\_\_\_ Salario AVS annuo, in CHF \_\_\_\_\_ Tasso d'attività, in % \_\_\_\_\_  
Per la persona indipendente ai sensi dell'AVS, reddito annuo assicurato: CHF \_\_\_\_\_

### Domande complementari

La persona da assicurare gode della piena capacità lavorativa?  sì  no

La persona da assicurare riceve delle indennità giornaliere o delle rendite dell'AI, della LAINF, dell'AM o di altri assicuratori?  sì  no

Se sì, da chi \_\_\_\_\_ Grado d'invalidità, in % \_\_\_\_\_

Allegare una copia della decisione

Luogo e data :

Firma e timbro del datore di lavoro :



**Il questionario medico allegato deve essere compilato dalla persona da assicurare.**

#### Delle società di Groupe Mutuel Holding SA

Avenir Assicurazione Malattia SA / Easy Sana Assicurazione Malattia SA / Mutuel Assicurazione Malattia SA / Philos Assicurazione Malattia SA / SUPRA – 1846 SA

AMB Assicurazioni SA / Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA / Mutuel Assicurazioni SA / Groupe Mutuel Vita GMV SA

**Fondazioni amministrate da Groupe Mutuel Services SA:** Groupe Mutuel Previdenza-GMP / Mutuelle Neuchâteloise Assicurazione e Malattia

**Coordinate amministrative:** Rue des Cèdres 5 – CH 1919 Martigny– 0848 603 111 – www.groupemutuel.ch

## Questionario medico – Confidenziale

### Assicuratore

- Mutuel Assicurazioni SA
  Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA  
 Mutuel Assicurazione Malattia SA
  EasySana Assicurazione Malattia SA  
 Philos Assicurazione Malattia SA
  Avenir Assicurazione Malattia SA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Cognome, nome e indirizzo del medico di famiglia o del medico curante:

1. Ha seguito negli ultimi 5 anni o segue attualmente un trattamento medico?  no  sì
2. È stato(a) ospedalizzato(a) o è prevista un'ospedalizzazione?  no  sì
3. È stato(a) o è attualmente inabile al lavoro?  no  sì
4. Prende attualmente medicinali?  no  sì
5. È stato(a) vittima di un infortunio i cui postumi lasciano presagire futuri trattamenti?  no  sì
6. Ha seguito un trattamento psicoterapeutico?  no  sì
7. Soffre o ha sofferto di malattie da dipendenza (droga, medicinali, alcool)?  no  sì
8. Si è sottoposto(a) a un test HIV (AIDS)?  no  sì
- Se sì, esito:  HIV positivo  HIV negativo

### Soffre attualmente o ha sofferto di problemi di salute o ha predisposizioni alle seguenti affezioni:

9. degli organi respiratori (ad es. asma, bronchite cronica, enfisema, polmonite)?  no  sì
10. dell'apparato cardiovascolare (ad es. disturbi cardiaci, pressione arteriosa, embolie, varici, trombosi)?  no  sì
11. dell'apparato digestivo (ad es. dell'esofago, dello stomaco, della bile, del fegato, del pancreas, degli intestini, emorroidi)?  no  sì
12. delle ossa, delle articolazioni o dei muscoli (ad es. reumatismi, artrosi, osteoporosi, malformazioni)?  no  sì
13. della schiena (ad es. ernia discale, problemi cervicali, sciatica, lombaggine)?  no  sì
14. degli occhi o delle orecchie?  no  sì
15. dei reni, degli organi genitali, della vescica o della prostata (ad es. calcoli, malformazioni, tumori)?  no  sì
16. del sistema nervoso (ad es. sintomi di paralisi, epilessia, emicranie, vertigini, tumori)?  no  sì
17. del metabolismo, del sangue (ad es. diabete, gotta, anemia, leucemia, affezioni della milza)?  no  sì
18. malattie endocrine (ad es. tiroide, surrenali, ipofisi)?  no  sì
19. della pelle (ad es. allergie, eczema, psoriasi, cancro)?  no  sì
20. altre affezioni, malformazioni o infermità non indicate?  no  sì

#### Delle società di Groupe Mutuel Holding SA

Avenir Assicurazione Malattia SA / Easy Sana Assicurazione Malattia SA / Mutuel Assicurazione Malattia SA / Philos Assicurazione Malattia SA / SUPRA – 1846 SA

AMB Assicurazioni SA / Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA / Mutuel Assicurazioni SA / Groupe Mutuel Vita GMV SA

Fondazioni amministrate da Groupe Mutuel Services SA: Groupe Mutuel Previdenza-GMP / Mutuelle Neuchâteloise Assicurazione e Malattia

Coordinate amministrative: Rue des Cèdres 5 – CH 1919 Martigny– 0848 603 111 – www.groupemutuel.ch

**Per le donne**

21. Ha sofferto o soffre di un'affezione ginecologica, di un'affezione ai seni, di sterilità?  no  sì

22. È incinta? Se sì, data presunta del parto: \_\_\_\_\_  no  sì

23. Indicare l'altezza e il peso? Altezza \_\_\_\_\_ cm          Peso \_\_\_\_\_ kg

24. Fuma? Se sì, quanto al giorno? \_\_\_\_\_  no  sì

25. In una copertura precedente, LPP o malattia, è stata posta una riserva?  no  sì  
 La copertura è stata rifiutata o limitata ad alcune prestazioni predefinite?  no  sì  
 Se sì, motivo e nome dell'assicuratore coinvolto \_\_\_\_\_

26. Ha già esaurito il suo diritto a un'assicurazione perdita di guadagno?  non  oui  
 Se sì, quale e quando? \_\_\_\_\_

**Se ha risposto affermativamente a una delle domande da 1 a 20, compili la seguente tabella:**

| punto N° | Tipo di malattia o infortunio (diagnosi, medicinali) | anno | durata del trattamento | operato(a)   | incapacità lavorativa   | guarito(a) senza postumi                                   | Medico curante/ospedale/ indirizzo |
|----------|--|------|------------------------|--|---|--|------------------------------------|
|          |  |      |                        | <input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì<br>Durata : | <input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> sì |                                    |
|          |  |      |                        | <input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì<br>Durata : | <input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> sì |                                    |
|          |  |      |                        | <input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì<br>Durata : | <input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> sì |                                    |
|          |  |      |                        | <input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì<br>Durata : | <input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> sì |                                    |
|          |  |      |                        | <input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì<br>Durata : | <input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> sì |                                    |

**Dichiarazione della persona da assicurare**

Con la mia firma, dichiaro di aver risposto integralmente e conformemente al vero alle domande specificate e attesto che le risposte scritte da terzi sono conformi alle mie indicazioni. Per qualsiasi domanda relativa a questo questionario, libero i medici, il personale paramedico, gli ospedali, gli assicuratori, dall'obbligo di mantenere il segreto verso l'assicuratore e l'autorizzo a trattare i dati necessari. In caso di false dichiarazioni o dichiarazioni incomplete, l'assicuratore può rifiutare le prestazioni. La fondazione LPP si riserva il diritto di valutare l'adesione in base alle informazioni ottenute. Per facilitare il lavoro amministrativo, se il mio datore di lavoro è affiliato al Groupe Mutuel per la perdita di guadagno malattia e per la LPP, la presente dichiarazione è trasmessa all'assicuratore perdita di guadagno e alla fondazione LPP..

**Osservazioni:** \_\_\_\_\_

Luogo e data :

Firma della persona da assicurare :