

Avviso di entrata per la perdita di guadagno malattia

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

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: Fr. _____ Tasso d'attività, in %: _____

Per la persona indipendente ai sensi dell'AVS, reddito annuo assicurato: Fr. _____

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, sì no
dell'AM o di altri assicuratori

Se sì, da chi: _____ Grado d'invalidità, in %: _____

Allegare una copia della decisione

Luogo, data, firma e timbro del datore di lavoro

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

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

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? no sì
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 d'infortunio (diagnosi, medicamento)	anno	durata del trattamento	operato(a) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	incapacità lavorativa <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Durata: _____	guarito(a) senza postumi <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	Medico curante / ospedale/indirizzo
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Durata: _____	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Durata: _____	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Durata: _____	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Durata: _____	<input type="checkbox"/> no <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, data e firma della persona da assicurare