



=> Vogliate inviare il modulo debitamente compilato e firmato corredato da tutti i documenti necessari a:

Fondazione istituto collettore
LPP Previdenza (LPP)
Casella postale
6501 Bellinzona

www.aeis.ch
Postfinance
BIC/SWIFT: POFICHBEXX
IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7

Tel. +41 91 610 24 24
Fax. +41 91 610 24 25
Orario d'ufficio Lun - Ven
08:00 - 12:00/ 13:30 - 17:00

Persona assicurata: _____ N. assic. soc.: 756. _____

Questionario sullo stato di salute

(Siete invitati a compilare il presente modulo in modo leggibile, in stampatello e firmarlo)

- | | | |
|--|----|----|
| 1. All'inizio dell'assicurazione era interamente o parzialmente invalido?
(Si prega di allegare l'eventuale decisione AI) | sì | no |
| 2. Ha riportato delle conseguenze da malattie o infortuni? | sì | no |
| 3. Ha bisogno di medicinali oppure è sotto trattamento o controllo medico? | sì | no |
| 4. Negli ultimi 5 anni ha sofferto di disturbi cardiaci o circolatori, pressione sanguigna elevata, tubercolosi, malattie degli organi respiratori, ulcere, tumori, cancro, proteine nell'urina, diabete, patologie renali, biliari o epatiche, problemi alle articolazioni o alla schiena, epilessia, disturbi di depressione o nervosi, problemi agli occhi o all'udito? | sì | no |
| 5. Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere la sua attività lavorativa per più di 4 settimane a causa di una malattia o di un infortunio? | sì | no |
| 6. In base a un test per l'AIDS è risultato positivo all'HIV? | sì | no |
| 7. Percepisce una rendita dall'assicurazione infortuni o dall'assicurazione militare?
Se sì, da quale assicuratore? _____ | sì | no |

Per ogni domanda con risposta affermativa la preghiamo di fornire i seguenti dati:

Domanda n.	Che tipo di malattie, disturbi, dolori, esami?	Medici curanti, ospedali (nel caso di ospedali, si prega di indicare l'indirizzo e il medico o il reparto)	dal - al
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

La persona da assicurare autorizza tutti i medici presso cui è o è stata in trattamento a rilasciare alla Fondazione istituto collettore LPP informazioni sul suo stato di salute e a tale proposito li esonera dal segreto professionale. La persona da assicurare conferma di aver risposto a tutte le domande in modo veritiero e completo.

Luogo

Data

Firma