AHV-KASSE METZGER
CAISSE AVS DES BOUCHERS
CASSA AVS DEI MACELLAI

AHV-KASSE · CAISSE AVS · CASSA AVS · 34
Wyttenbachstrasse 24 · Postfach · 3000 Bern 22
**www.ahvpkmetzger.ch**

*Inviare a:*

Cassa pensione dei Macellai
c/o Cassa di Compensazione AVS dei Macellai
Wyttenbachstrasse 24
Casella postale
3000 Berna 22

# Questionario sullo stato di salute

all'attenzione della Cassa pensione dei Macellai

## Generalità della persona assicurata

Cognome, nome: _____

Numero AVS: _____ Data di nascita: _____

Via e numero: _____

CAP, luogo: _____

## Domanda sulla condizione di salute

All'inizio dell'assicurazione o al momento dell'aumento della prestazione era totalmente o parzialmente inabile al lavoro?

☐ No ☐ Si: Allegare eventuale decisione rilasciata dall'AI.

Attualmente soffre di disturbi o danni alla salute dovuti alle conseguenze di un infortunio o di una malattia?

☐ No ☐ Si: Quali? _____

Da quando? _____

Medici/ospedali _____

Indirizzo _____

Si sottopone attualmente o si è sottoposto negli ultimi cinque anni a un trattamento o controllo medico, chiropratico o psicologico per una durata superiore a quattro settimane oppure necessita di, assume o ha assunto regolarmente medicamenti, antidolorifici, sonniferi, tranquillanti o droghe?

☐ No ☐ Si: Per quale motivo? _____

Da quando a quando? _____

Medici/ospedali _____

Indirizzo _____

Negli ultimi cinque anni ha dovuto interrompere, completamente o parzialmente, il lavoro per malattia o infortunio per più di due settimane (ininterrottamente)?

☐ No ☐ Si: Per quale motivo? _____

Da quando a quando? _____

Medici/ospedali _____

Indirizzo _____

Persona assicurata

Cognome, nome: _____

Numero AVS: _____ Data di nascita: _____

Negli ultimi cinque anni si è sottoposto a degli esami, ad es. controlli, radiografie, elettrocardiogrammi, test HIV ecc. che hanno dato un riscontro non nella norma (non vanno menzionati esami genetici)?

☐ No ☐ Si: Quali? _____

Quando? _____

Medici/ospedali _____

Indirizzo _____

Negli ultimi cinque anni 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 non 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?

☐ No ☐ Si: Quali? _____

Da quando a quando? _____

Medici/ospedali _____

Indirizzo _____

Negli ultimi cinque anni ha subito un intervento (ambulatoriale o con degenza) o un tale intervento è previsto/raccomandato?

☐ No ☐ Si: Quali? _____

Quando? _____

Medici/ospedali _____

Indirizzo _____

## Riserva sullo stato di salute

La sua precedente cassa pensione ha espresso una riserva sullo stato di salute?

☐ No ☐ Si: Allegare una copia della riserva.

## Esonero dall'obbligo di riservatezza professionale o d'ufficio e diritto alla consultazione degli atti

La persona da assicurare autorizza tutti i medici, psicoterapeuti, fisioterapisti, chiropratici, gli ospedali nonché il precedente istituto di previdenza, a dare informazioni sul suo stato di salute e/o sulla sua attuale copertura previdenziale in relazione a questa assicurazione a proparis e all'organo d'applicazione della cassa pensione, e li libera pertanto dal segreto professionale. Essa prende atto, inoltre, che la copertura assicurativa dipende dalla correttezza della presente dichiarazione e che la cassa pensione o il rispettivo organo d'applicazione può recedere dall'intero contratto di previdenza in caso siano stati riportati dati inesatti o omessi fatti.

Luogo, data: _____

Firma della persona assicurata: _____