



# Complemento alla notifica

Contratto n. /

Datore di lavoro Nome e sede

## Persona assicurata

Cognome Nome Numero d'assicurato

Via, NPA e località Data di nascita Sesso

Attività lucrativa attuale  m  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.

**Dettagli** 1. All'inizio dell'assicurazione o al momento dell'aumento della prestazione era totalmente o parzialmente inabile al lavoro?  Sì  No

Dispone di una decisione AI?  Sì  No  
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.

2. Attualmente è affetto da disturbi della salute di qualsiasi genere o dalle conseguenze di un infortunio o una malattia?  Sì  No

Quali Da quando guarito non guarito

1\*  2\*

Medici/ospedali (nome e indirizzo)

3. 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?  Sì  No

Quali Da quando a quando guarito non guarito

1\*  2\*

Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo)

Quali Da quando a quando guarito non guarito

1\*  2\*

Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo)

Quali Da quando a quando guarito non guarito

1\*  2\*

Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo)

\* 1 = guarito/tutto nella norma/trattamento concluso

\* 2 = non guarito/non nella norma/in trattamento o sotto controllo

<b>4. Ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per più di 2 settimane a causa di malattia o infortunio?</b>		<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)			
.....			
<b>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?</b>		<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	
.....		.....	
<b>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)</b>		<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)			
.....			
<b>7. Ha dovuto subire un intervento (ambulatoriale o con degenza) o un tale intervento è previsto/raccomandato?</b>		<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)			
.....			
<b>8. Quale medico (anche chiropratico, psicoterapeuta) conosce meglio il suo stato di salute?</b>			
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** AXA Vita SA  
Casella postale 300  
8401 Winterthur