

DICHIARAZIONE DELLO STATO DI SALUTE PER L'INDENNITÀ GIORNALIERA PER DITTE LCA

Nuova ammissione	Aumenti	L'assicurazione è desiderato a partire dal			
Nome		Cognome			
			m	f	
Via		NPA, località	Data di nascita		
Entrata nella ditta		Tipo d'attività/professione	Stato civile		
Firma		Cittadinanza	Corrispondenza		
			i	d	f
Permesso per stranieri	Annuale	Residenza	Stagionale	Frontaliere	

STATO DI SALUTE

Le risposte a tutte le domande devono essere date personalmente dal richiedente/dal suo rappresentante legale. Le cancellature non sono ammesse.

1	Si sente in piena buona salute?	Sì	No				
2	È attualmente in cura medica?	Sì	No	Se sì, perché?			
	Nome e indirizzo del medico/dell'ospedale						
	È previsto un trattamento medico?	Sì	No	Se sì, perché?			
	Nome e indirizzo del medico/dell'ospedale						
	È prevista una degenza ospedaliera o una cura?	Sì	No	Se sì, perché?			
	Nome e indirizzo del medico/dell'ospedale						
3	Esistono attualmente malattie, predisposizioni a malattia, infermità, conseguenze d'infortunio (compresi i danni ai denti) oppure invalidità; ad esempio: disturbi agli occhi, al naso, alle orecchie, al collo, cardiaci, polmonari, gastrici, al fegato, biliari, intestinali, renali, alla vescica, alle ossa, emicrania, artrite, tumori, affezioni cancerogene, alla cistifellea, all'addome, alla schiena, alla colonna vertebrale, neurologici, cutanei, articolari, affezioni vascolari, disturbi allergici, psichici, epilessia, asma, reumatismi, varici, AIDS, sterilità, ecc.?						
				Sì	No		
	Se sì, quali?						
4	Negli ultimi 5 anni è stato inabile al lavoro o c'è stata incapacità di guadagno per più di tre settimane?			Sì	No		
	Se sì, perché?						
	Anno		Durata				
	Cura medica tramite						
5	Quando è stato curato o visitato l'ultima volta?			Data			
	Perché?						
	Per persone di sesso femminile: è in corso una gravidanza?		Sì	No	Data prevista per il parto?		
6	Ha assunto durante un periodo prolungato medicinali o droghe oppure li assume attualmente?			Sì	No		
	Se sì, per quanto tempo?			Quali?			
7	Fa un consumo regolare di bevande alcoliche?		Sì	No	Quotidianamente 1-2 volte la settimana		
	Se sì, per quanto tempo?		Quali?				
8	Fuma?	Sì	No	Sigarette	Sigari	Pipa	Quantità giornaliera

9 Negli ultimi 5 anni si è recato da un medico, da un naturopata, da un terapeuta, da uno psicologo, in un ospedale, in uno stabilimento di cura, in fisioterapia o da uno psichiatra? Sì No

Perché

Anno

Durata

Traitement par

10 C'è invalidità? Sì No Se sì, in che grado?

11 Percepisce una rendita? Sì No

Se sì, da chi?

12 Si è sottoposto ad un test HIV? Sì No Se sì, quando? positivo negativo

13 Altezza (cm) Peso corporeo (kg)

14 Nome e indirizzo del suo medico di famiglia

Osservazioni

Informazioni supplementari

Esiste una riserva o un'esclusione di prestazioni? Sì No Se sì, allegare una copia della relativa decisione

È stato respinto, escluso, o ha esaurito le prestazioni presso di noi o presso di un'altra cassa malati/compagnia d'assicurazione?

Sì No

Se sì, da quale?

Quando?

Qual era il motivo?

La persona firmataria dichiara di aver risposto completamente ed in maniera conforme alla verità alle domande precedenti. Se vengono sottaciuti o comunicati in maniera inesatta fattori rilevanti di rischio, Atupri può recedere dal contratto e svincolarsi con ciò dal suo obbligo di prestazione. Le indicazioni mediche che contengono dati particolarmente degni di protezione, possono essere inviati all'attenzione del servizio medico o del medico consulente dell'Atupri (con l'indicazione «personale»). I medici e gli altri fornitori di prestazioni sanitarie ai quali Atupri si rivolge, vengono con ciò autorizzati a rilasciarle ogni indicazione medica richiesta.

Località, data

Firma
(del richiedente o del suo rappresentante legale)

Viene compilato dall'Atupri Assicurazione della salute SA

Presenza di posizione del medico fiduciario

Data, **firma**

Decisione

Data, **firma**

La forma maschile vale anche per le persone di sesso femminile e viceversa.