

Notifica d'ingresso e dichiarazione sullo stato di salute, pagina 2

**Persona assicurata**

Cognome: ..... Data di nascita: .....  
Nome: ..... N. ass.: .....  
Datore di lavoro: ..... Entrata: .....

**Domande sullo stato di salute:**

**1. Negli ultimi cinque anni ha avuto malattie gravi e di lunga durata?** ..... Sì ..... No

Se sì:  
Quando? ..... Durata? ..... Tipo di malattia? ..... Medico(i) curante(i)? .....

**2. Negli ultimi cinque anni ha subito infortuni o ha dovuto sottoporsi a un'operazione?** ..... Sì ..... No

Se sì:  
Quando? ..... Durata? ..... Tipo d'infortunio / dell'operazione? ..... Medico(i) curante(i)? .....

**3. Come si chiama il suo attuale medico curante, incl. indirizzo esatto?**

**4. Negli ultimi tre anni ha consultato il suo medico di famiglia e/o altri medici?** ..... Sì ..... No

Se sì:  
Quando? ..... Per quale motivo? ..... Medico(i) curante(i)? .....

**5. Negli ultimi tre anni ha dovuto sospendere (del tutto o in parte) il suo lavoro per motivi di salute per una durata superiore a un mese?** ..... Sì ..... No

Se sì:  
Quando? ..... Per quale motivo? ..... Per quale durata? ..... Per quale percentuale? ..... Medico(i) curante(i)? .....

**6. Al momento attuale si considera completamente sano/a ed è pertanto pienamente abile al lavoro?** ..... Sì ..... No

**7. Percepisce già una rendita AI?** ..... Sì ..... No

caso affermativo: a quanto ammonta il grado AI? .....

**Notifica d'ingresso e dichiarazione sullo stato di salute, pagina 3**

**Conferma**

---

La persona assicurata conferma di aver ricevuto il Regolamento di previdenza della SHP, di aver compreso appieno le domande soprariportate e di aver risposto alle stesse in modo completo e veritiero. Essa autorizza la SHP a raccogliere in qualsiasi momento (anche in una fase successiva) tutte le informazioni che la riguardano presso medici curanti, ospedali, casse malati, istituti di previdenza LPP, assicurazioni sociali (ad es. Al federale, Suva, altri assicuratori di infortuni e malattie), nonché a prendere in visione tutti i relativi atti.

Le suddette persone e istituzioni sono pertanto esonerate dall'obbligo di segretezza nei confronti della SHP. A sua volta, quest'ultima è tuttavia tenuta al massimo riserbo.

Luogo, data:

---

Firma della persona assicurata:

---

---

**Si prega di inviare, debitamente compilato e firmato, a:**

Cassa pensione SHP, Casella postale 617, 8953 Dietikon 1