

## Previdenza più estesa

Notifica d'entrata, modifica salariale, modifica del piano

1/2

**Per favore, non inoltrare questo modulo prima dell'inizio assicurativo, risp. della data di modifica salariale o del piano (causa l'attualità del questionario sullo stato di salute).**

**Datore di lavoro**

NPA, luogo / cantone

No di membro

### 1. a) Tipo di notifica

Notifica d'entrata

Modifica salariale

(nessun dato necessario ai punti  
2c+3)

Cambiamento di  
piano

### b) Inizio assicurativo, risp. data della modifica

Data:

### 2. a) Dati personali della persona assicurata

N. sicurezza sociale

Cognome, nome

Via, no

NPA, luogo

Data di nascita

Lingua

tedesco

francese

italiano

Stato civile

celibe/nubile

divorziato/a

vedovo/a

sposato/a, data di matrimonio

Sesso

donna

uomo

### b) Cerchia di persone/funzione nella ditta

(risp. appartenenza collettiva secondo  
l'allegato 3 alla Convenzione di adesione)

### c) Attività lucrativa indipendente (ai sensi della legge AVS)

NO

SI

a) da quando?

b) è assicurato ai sensi della LAINF?

NO

SI

### 3. Piano di previdenza più estesa

- |                                       |                                    |                                   |                                    |                                     |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Piano B      | <input type="checkbox"/> Piano BKU | <input type="checkbox"/> Piano BR | <input type="checkbox"/> Piano BRU | <input type="checkbox"/> Piano T100 |
| <input type="checkbox"/> Piano CKU 10 | <input type="checkbox"/> Piano CKU | <input type="checkbox"/> Piano CR | <input type="checkbox"/> Piano CRU | <input type="checkbox"/> Piano T200 |
|                                       | <input type="checkbox"/> Piano DKU | <input type="checkbox"/> Piano IR | <input type="checkbox"/> Piano IRU | <input type="checkbox"/> Piano T300 |

Per i questionari sulla salute necessari, si veda il punto 7 "Allegati".

### 4. Salario annuo da assicurare

CHF

### 5. Attualmente il dipendente:

- a)  è completamente abile al lavoro  
 non è completamente abile al lavoro
- b)  non è invalido ai sensi dell'AI  
 è invalido ai sensi dell'AI (si prega di allegare la **decisione AI**)

### 6. Firme

Luogo, data

\_\_\_\_\_  
Firma della persona da assicurare

Luogo, data

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del datore di lavoro

Tramite la firma viene confermato che alle domande è stato risposto in modo veritiero. Se in caso di un evento assicurativo viene constatata una reticenza, allora questa avrà come conseguenza delle riduzioni delle prestazioni.

### 7. Allegati

Questionario sullo stato di salute (obbligatorio per notifica d'entrata, cambiamento di piano o aumento del salario pari a più del 20%) si trova:

- in allegato
- sarà inviato dalla persona assicurata direttamente alla CP MOBIL

## Questionario sullo stato di salute - prev. estesa

All'attenzione del servizio medico della cassa pensione.

*Precisazione: la forma maschile usata in questa forma include anche la formulazione femminile.*

### Dichiarazioni della persona da assicurare

Si prega di rispondere a ogni domanda singolarmente con «SI» o «NO». Alle domande alle quali risponde con un «sì», voglia di precisare la risposta fornendo ulteriori informazioni.

#### 1. Dati personali

Cognome	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>
Via, n., NPA, località	<input type="text"/> <input type="text"/>
Sesso	<input type="checkbox"/> femminile <input type="checkbox"/> maschile
N. sicurezza sociale:	<input type="text"/>

#### 2. Dati professionali

Datore di lavoro	<input type="text"/>
Attuale attività professionale?	<input type="text"/>

#### 3. Segue un trattamento medico o è sotto controllo per motivi di salute? SI NO

Se sì, perché?	<input type="text"/> <input type="text"/>
----------------	--

Nome, indirizzo del medico / dell'ospedale / dello specialista (*indirizzo completo*)

<input type="text"/>
<input type="text"/>

---

4. Assume o ha assunto regolarmente farmaci negli ultimi 5 anni?  SI  NO

Se sì, quali e perché?

da mese/anno	a mese/anno	Motivo, nome del farmaco, dosaggio	Trattamento concluso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Nome, indirizzo del medico / dell'ospedale / dello specialista (*indirizzo completo*)

---

---

---

---

---

---

5. La sua capacità lavorativa è in qualche modo ridotta (totalmente o in parte)?  SI  NO

Se sì, perché?

da giorno/ mese/anno	fino a giorno/ mese/anno	Motivo dell'incapacità lavorativa	Grado d'incapa- cità lavorativa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome, indirizzo del medico / dell'ospedale / dello specialista (*indirizzo completo*)

---

---

---

---

---

---

6. Negli ultimi 5 anni ha presentato un'incapacità lavorativa (totale o parziale) ininterrotta superiore alle tre settimane??

SI  NO

Se sì, perché?

da giorno/ mese/anno	fino a giorno/ mese/anno	Motivo dell'incapacità lavorativa	Grado d'incapacità lavorativa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome, indirizzo del medico / dell'ospedale / dello specialista (*indirizzo completo*)

---

---

7. Negli ultimi 2 anni ha effettuato checkup medici o esami preventivi?

SI  NO

Compilare i campi sottostanti solo se è stata diagnosticata una malattia, se sono stati raccomandati un trattamento o ulteriori esami.

da mese/anno	Tipo di esame	Risultato dell'esame?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome, indirizzo del medico / dell'ospedale (*indirizzo completo*)

---

---

8. Negli ultimi 10 anni è stato o è in cura oppure si è sottoposto a operazioni in ospedali o in altre strutture mediche?

SI  NO

Se sì, perché?

da mese/anno	a mese/anno	Tipo di trattamento / operazione	Trattamento concluso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Sussistono ancora disturbi / limitazioni? Se sì, quali?

  

Nome, indirizzo del medico / dell'ospedale / dello specialista (*indirizzo completo*)

  

---

9. Sussiste un'infermità congenita, disabilità fisica o postumi da infortunio?

SI  NO

Se sì, quale?

Tipo di infermità / disabilità fisica / postumi da infortunio	Medico / ospedale / specialista
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

10. Negli ultimi 10 anni ha seguito un trattamento o una consulenza psichiatrica o psicologica?  SI  NO

Se sì, perché?

da mese/anno	da mese/anno	Motivo del trattamento?	Trattamento concluso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Nome, indirizzo del medico / dell'ospedale / dello specialista (*indirizzo completo*)

  

11. Negli ultimi 5 anni ha consultato medici, chiropratici, osteopati, fisioterapisti o altri specialisti operanti nel settore sanitario che finora non ha ancora menzionato?  SI  NO

Se sì, perché?

da mese/anno	da mese/anno	Motivo del trattamento?	Trattamento concluso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Sussistono ancora disturbi / limitazioni? Se sì, quali?

  

Nome, indirizzo del medico / dell'ospedale / dello specialista (*indirizzo completo*)

---

12. Consuma tabacco o prodotti che possono essere fumati?  SI  NO

Se sì, quali?	Da quando (anno)?	Q. tà giornaliera?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

---

13. Negli ultimi 10 anni ha avuto problemi di dipendenza (farmaci, alcool, droghe ecc.)?  SI  NO

Se sì, di quale sostanza si tratta?	Quando l'ultima volta? (mese/anno)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome, indirizzo del medico / dell'ospedale / dello specialista (*indirizzo completo*)

<input type="text"/>
<input type="text"/>

---

14. Indichi la sua altezza e il suo peso corporeo      Altezza in cm       Peso in kg

---

15. Riceve prestazioni (indennità giornaliera, rendita ecc.) ai sensi dell'assicurazione per l'invalidità (AI), dell'assicurazione militare (LAM), dell'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), della Legge federale sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPP), di un'assicurazione sociale estera o di un'altra assicurazione (come ad es. un'assicurazione d'indennità giornaliera malattia) o ha fatto richiesta per ottenere prestazioni?  SI  NO

Per quale grado d'invalidità e per quale motivo?

Grado d'invalidità	Motivo
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Da quale assicurazione?

<input type="text"/>
<input type="text"/>

*Le chiediamo gentilmente di allegare una copia della documentazione relativa alle prestazioni in questione (ad es. una copia attuale della/e decisione/i, un conteggio dell'indennità giornaliera, ecc.).*



---

**16. La preghiamo gentilmente di comunicarci il suo medico di famiglia o il medico curante che può fornire tutte le informazioni sul suo stato di salute attuale.**

Nome e indirizzo completo


---

**17. Sussiste una riserva per motivi di salute da parte della precedente istituzione di previdenza?**

SÌ  NO

Se sì, voglia allegare la copia della riserva (definizione medica, inizio e durata).

Il tempo già trascorso presso l'istituzione di previdenza precedente viene computato alla nuova durata della riserva.

### **Esonero dal segreto professionale e d'ufficio e diritto alla consultazione e alla trasmissione degli atti**

La persona sottoscritta dichiara di liberare dal vincolo del segreto professionale, risp. d'ufficio, nei confronti dell'organo d'applicazione della cassa pensioni: l'assicurazione federale per l'invalidità, l'assicurazione militare, gli assicuratori contro gli infortuni, altre e precedenti istituzioni di previdenza, l'assicurazione malattia e indennità giornaliera di malattia, eventuali assicurazioni sociali estere nonché i medici curanti e autorizza le istituzioni e le persone citate a fornire all'organo d'applicazione della cassa pensioni le informazioni necessarie (compresi i dati medici) e a consultare i relativi atti, nella misura in cui ciò si renda necessario ai fini dell'allestimento della previdenza a favore del personale (esame del rischio / disbrigo del caso di previdenza concreto). Saranno richieste unicamente le informazioni necessarie per il caso specifico. La persona sottoscritta è inoltre d'accordo che l'organo di applicazione della cassa pensione inoltri all'interno della fondazione di previdenza proparis e trasmetta ad altri assicuratori e riassicuratori coinvolti i suoi dati personali e sullo stato di salute per la verifica delle prestazioni e per la lotta contro gli abusi in materia d'assicurazione. La persona sottoscritta prende inoltre atto del fatto che l'organo d'applicazione della cassa pensioni o la fondazione di previdenza proparis può incaricare terzi della conservazione e del trattamento dei dati. I dati vengono trattati dall'organo di applicazione della cassa pensioni, dalla fondazione di previdenza proparis e da terzi incaricati con la massima discrezione e servono esclusivamente alla gestione, come stabilito nel contratto, del contratto di previdenza o d'assicurazione.

**Luogo e data**

**Firma**

---

**L'esame del rischio presuppone l'autorizzazione di altri istituti assicurativi dei medici curanti a fornire informazioni. A tale scopo la preghiamo di utilizzare la presente dichiarazione ("Esonero dal segreto professionale e d'ufficio e diritto alla consultazione e alla trasmissione degli atti"), che deve essere firmata di proprio pugno. La preghiamo di osservare che l'esame del rischio può essere effettuato unicamente se la dichiarazione viene firmata senza adeguamenti testuali (cancellazioni e/o aggiunte). L'autorizzazione vale fino alla sua revoca scritta, al più tardi tuttavia fino alla conclusione dell'esame del rischio.**

**In caso di indicazioni inesatte o incomplete, l'organo d'applicazione della cassa pensioni rispettivamente la fondazione è autorizzata a ridurre o a rifiutare le prestazioni nei limiti delle disposizioni di legge.**

Da spedire a:           Cassa pensione MOBIL  
                                  Servizio medico  
                                  Wölflistrasse 5  
                                  3006 Berna