

Notifica per il dipendente

Contratto n.: U230_ - _ _

Nome, indirizzo e numero telefonico del datore di lavoro

Dati concernenti la persona da assicurare

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ N. AVS: 756. _____

Sesso: uomo donna Lingua: italiano francese tedesco

Stato civile: celibe/nubile sposato/a divorziato/a vedovo/a

in un'unione domestica registrata unione domestica registrata sciolta

Data del matrimonio / della registrazione dell'unione domestica: _____

Inizio dell'assicurazione: _____

Salario **annuo** AVS presumibile, incl. tredicesima mensilità: CHF _____

Grado d'occupazione per dipendenti part-time sì _____% no

La persona da assicurare è pienamente abile al lavoro? sì no

Piani di previdenza

a) In caso di creazione di un gruppo collettivo:

I dipendenti di uno studio possono essere suddivisi al massimo in due gruppi collettivi **con un piano per gruppo collettivo**:

- Collaboratori a livello di quadri Piano _____ (selezionare piano nell'offerta riportata sotto)

- Altri collaboratori Piano _____ (selezionare piano nell'offerta riportata sotto)

b) Senza creazione di un gruppo collettivo: selezionare il rispettivo piano nell'offerta riportata sotto.
(vale per tutti i collaboratori da assicurare)

<input type="checkbox"/> STANDARD I	<input type="checkbox"/> PLUS Rendita AI 40%	<input type="checkbox"/> PLUS O Rendita AI 40%	<input type="checkbox"/> PLUS OS Rendita AI 25%
<input type="checkbox"/> STANDARD S	<input type="checkbox"/> PLUS Rendita AI 50%	<input type="checkbox"/> PLUS O Rendita AI 50%	<input type="checkbox"/> PLUS OS Rendita AI 40%
<input type="checkbox"/> OPTIMA*		<input type="checkbox"/> PLUS OS Rendita AI 10%	<input type="checkbox"/> PLUS OS Rendita AI 50%

*Deve essere assicurata la rendita certa per i superstiti? sì no

STANDARD STANDARD O
Possibile solo per affiliazioni con selezione del piano STANDARD risp. STANDARD O prima dello 01.01.2014

Periodo d'attesa per le rendite d'invalidità: 12 mesi* 24 mesi**

* Impossibile per i Piani PLUS OS

** Occorre un'assicurazione d'indennità giornaliera malattia con copertura integrale

Assicurazione capitale di decesso oltre alle prestazioni per i superstiti sì no
secondo secondo l'art. 19 cpv. 1 regl.:

Professione/posizione Assistente di un medico dentista Odontotecnico Assistente dentale
 Assistente di profilassi Igienista dentale Altro

Posizione di quadro (indicare solo in caso di formazione di gruppi collettivi) sì no

Luogo e data:

Firma datore di lavoro:

P.f. compilare per intero anche il tergo!

Da compilare dalla persona da assicurare

Domande concernenti lo stato di salute

1. Negli ultimi 5 anni ha sofferto di disturbi della salute che hanno portato a un'incapacità lavorativa per oltre 3 settimane o attualmente lamenta disturbi della salute? sì no

Se sì, quali? _____

2. Attualmente o periodicamente è in cura o in osservazione presso un medico, uno psicoterapeuta o un chiropratico? sì no

Se sì, indicarne l'indirizzo esatto _____

Nome e cognome _____

Strada, n. _____

Codice, località _____

3. Assume regolarmente dei farmaci? sì no

Se sì, quali? _____

4. Percepisce delle prestazioni secondo la LAI, la LAM, la LAINF, la LPP, da un'assicurazione sociale estera o un'altra assicurazione, oppure ha inoltrato domanda per tali prestazioni? sì no

Se sì, indicare l'istituto erogatore _____

il grado d'invalidità _____% l'importo annuo in CHF _____

Prestazioni di libero passaggio

È titolare di prestazioni di libero passaggio derivanti da precedenti istituzioni di previdenza, conti di libero passaggio o polizze di libero passaggio? sì no

In caso affermativo, tali prestazioni vanno versate alla Fondazione di previdenza SSO nella misura in cui possono essere utilizzate per l'acquisto di anni assicurativi. Luogo di pagamento: UBS SA, 8001 Zurigo, IBAN CH73 0023 5235 4682 2701 U, a favore della Fondazione di previdenza SSO, Zurigo. La preghiamo di provvedere affinché la sua attuale istituzione di previdenza effettui il versamento.

Avviso: il trasferimento di tali prestazioni è prescritto dalla legge.

Proprietà di un'abitazione

Ha già integralmente o parzialmente costituito in pegno il suo diritto alle prestazioni di previdenza? sì no

Ha già integralmente o parzialmente la sua prestazione di libero passaggio? sì no

Esonero dal segreto professionale e d'ufficio / consultazione degli atti

La persona sottoscritta dichiara di liberare dal vincolo del segreto professionale, risp. d'ufficio, nei confronti di Swiss Life e degli organi competenti della Fondazione di previdenza SSO: l'assicurazione per l'invalidità, l'assicurazione militare, l'assicurazione infortuni, precedenti istituzioni di previdenza, l'assicurazione malattia e indennità giornaliera di malattia, eventuali assicurazioni sociali estere nonché i medici curanti ed autorizza le istituzioni e le persone citate a fornire a Swiss Life o alla Fondazione di previdenza SSO qualsiasi informazione 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 / caso di previdenza concreto). Saranno richieste unicamente le **informazioni necessarie per il caso specifico**, che Swiss Life rispettivamente la Fondazione di previdenza SSO si impegna a trattare in maniera **strettamente confidenziale**. I dati in questione vengono utilizzati unicamente per l'**attuazione, a norma delle relative clausole**, del contratto di previdenza risp. di assicurazione.

Firma della persona da assicurare: _____ Firma della Fondazione: _____

Luogo, data _____ Berna, _____

In caso di indicazioni inesatte o incomplete, la Fondazione o Swiss Life può, nei limiti delle disposizioni legali, ridurre o rifiutare le prestazioni oppure persino ritirarsi dall'assicurazione.

Il presente modulo è da inviare alla: Fondazione di previdenza SSO Schwarztorstrasse 26 3001 Berna	Consulente previdenziale/broker: _____ N. del CP: _____
--	---