

Notifica per il titolare

Contratto n. U230_ - __

Dati concernenti la persona da assicurare

Cognome: _____ Nome: _____

Indirizzo dello studio: _____

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

Sesso: uomo donna Lingua: italiano francese tedesco

È membro della SSO o vi intende aderire prossimamente? sì no

Stato civile: celibe/nubile sposato/a divorziato/a vedovo/a
se sposato/a: indicare data del matrimonio: _____

in un'unione domestica registrata unione domestica registrata sciolta

se in un'unione domestica registrata: Data della registrazione: _____

Inizio dell'assicurazione: _____

Reddito **annuo** (senza deduzione dell'importo di coordinamento) CHF _____

Quando ha aperto il suo studio dentistico? _____

Era fino allora sottoposto/a alla LPP? sì no

Se sì, per quale periodo? _____

Piani di previdenza

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

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

Per l'attuazione della sua previdenza professionale il titolare di uno studio può assicurarsi in un piano diverso da quello dei suoi collaboratori.

Periodo d'attesa per le rendite d'invalidità 12 mesi* 24 mesi
* Non è possibile per i piani Plus OS

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

P. f. compilare per intero anche il tergo.

Domande concernenti lo stato di salute

In concomitanza con la "Notifica per il titolare" occorre compilare e firmare il formulario "Questionario medico" e spedirlo alla Fondazione di previdenza SSO. Quest'ultima si riserva il diritto di subordinare la conclusione del contratto all'esame dello stato di salute menzionato o ad altri esami medici.

È pienamente abile al lavoro?

sì no

Percepisce delle prestazioni secondo la LAI, la LAM, la LAINF, la LPP, da un'assicurazione sociale estera o da 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 CH78 0023 5235 4682 2703 V, a favore della Fondazione di previdenza SSO, Zurigo.

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 e 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 del/la titolare dello studio:

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: _____