

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

☐ STANDARD I ☐ PLUS Rendita AI 40% ☐ PLUS O Rendita AI 10% ☐ PLUS OS Rendita AI 10%

☐ STANDARD S ☐ PLUS Rendita AI 50% ☐ PLUS O Rendita AI 25% ☐ PLUS OS Rendita AI 25%

☐ OPTIMA* ☐ PLUS O Rendita AI 40% ☐ PLUS OS Rendita AI 40%

☐ PLUS O Rendita AI 50% ☐ 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.: ☐ sì ☐ 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: _____