

## Notifica per il dipendente

Contratto n.: U230\_ - \_ -

### Nome, indirizzo del datore di lavoro

---

---

### Dati concernenti la persona da assicurare

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo privato: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ N. AVS: 756. \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_ Numero di cellulare: \_\_\_\_\_

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 resp. 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)  si  no

Luogo e data:

**Firma datore di lavoro:**

**Si prega di far compilare completamente anche la pagina posteriore!**

## 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 CH78 0023 5235 4682 2703 V, 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: \_\_\_\_\_