

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 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:

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: _____