

Notifica di affiliazione alla previdenza professionale

Parte compilata dal datore di lavoro

Società

Affiliazione	Previdenza di base	Previdenza complementare
Inizio rapporto di lavoro / inizio copertura assicurativa		
Salario annuo AVS previsto: CHF	Grado d'occupazione	%

Indicare sempre il salario annuo anche nel caso di una affiliazione durante l'anno.

Persona assicurata

Cognome	Nome			
Indirizzo	NPA, località			
Data di nascita	N. AVS			
Sesso	maschile	femminile		
Lingua	tedesco	francese	italiano	inglese
Stato civile	celibe/nubile	sposato(a)	divorziato(a)	vedovo(a)
	unione domestica registrata			
Data di matrimonio / Data dell'unione domestica registrata				

Luogo
Data

Timbro e firma della società

Trasferimento della prestazione di libero passaggio

Conformemente alla legge federale sulla previdenza professionale (LPP) ogni assicurato è tenuto a trasferire all'Allvor le prestazioni di libero passaggio (p.es. dall'istituto di previdenza precedente), i conti o le polizze di libero passaggio. Il datore di lavoro mette a disposizione a tal fine le rispettive polizze di versamento.

In caso di divergenze giuridiche tra il testo originale e la traduzione in italiano è determinante quello in lingua tedesca.

Dichiarazione sullo stato di salute – compilazione a cura dell' assicurato

Azienda

Cognome

Nome

Data di nascita

No. AVS

Professione appresa

Attività professionale

- | | | |
|--|----|------------|
| 1. Soffre attualmente o ha sofferto negli ultimi cinque anni di malattie o disturbi fisici e/o psichici? (Va dichiarato ogni pregiudizio alla salute, eccetto quelli irrilevanti e temporanei, scomparsi dopo pochi giorni e non più verificatisi) | Si | No |
| 2. Negli ultimi cinque anni ha subito infortuni? | Si | No |
| 3. Fa attualmente e/o ha fatto negli ultimi cinque anni regolarmente uso di antidolorifici, sonniferi e sostanze stimolanti, stupefacenti (droghe) o medicinali?
Se sì, di quali? | Si | No |
| 4. Consuma regolarmente alcol? Se sì, quanto a settimana? | Si | No |
| 5. Fuma abitualmente? Se sì, quanto a settimana? | Si | No |
| 6. Precedentemente aveva una cassa pensioni per la quale sussisteva una riserva per ragioni di salute? In caso affermativo, allegare la copia della lettera di riserva. | Si | No |
| 7. Percepisce prestazioni dall'assicurazione federale per l'invalidità, militare o contro gli infortuni, da un istituto di previdenza o da un'assicurazione sociale estera?
Se sì, da quale? (Si prega di allegare la copia della decisione) | Si | No |
| 8. Presso una delle istituzioni summenzionate è attualmente in corso un processo (rilevamento tempestivo o prestazioni) o lo è stato negli ultimi cinque anni?
Se sì, presso quale? | Si | No |
| 9. Statura in cm | | Peso in kg |

Se ha risposto affermativamente a una delle domande da 1 a 3, occorre indicare i seguenti dettagli:

Domanda	Indicazioni relative ai disturbi/prejudizi di salute	Da quando a quando?	Incapacità lavorativa? Da quando a quando?	Medici curanti, terapisti, ospedali (indicare l'indirizzo esatto)
---------	--	---------------------	--	---

Indirizzo del medico di famiglia

Dichiaro di aver risposto in modo veritiero alle domande poste nella dichiarazione di salute. Nel caso di indicazioni inesatte o incomplete, Allvor si riserva il diritto di rifiutare la copertura previdenziale extraobbligatoria, facendo valere la reticenza. Autorizzo i medici che mi hanno curato e/o visitato a fornire in maniera confidenziale al servizio medico o al medico di fiducia di Allvor, a Allvor Fondazione collettiva nonché al suo riassicuratore e rispettivo medico di fiducia, tutte le informazioni in merito al mio stato di salute.

Luogo

Firma della persona da assicurare

Data