

## Notifica d'entrata del datore di lavoro

Azienda

Signor      Signora

Cognome

Nome

Via

NPA/Luogo/Paese

Data di nascita

N. di assicurazione sociale

756.

Stato civile

celibe/nubile

coniugato/a

divorziato/a

unione domestica registrata

unione domestica sciolta

vedovo/a

Obbligo di mantenimento

sì

no

Gruppo di persone/piano

Ingresso in azienda

Grado di occupazione (%)

Inizio dell'assicurazione

Salario annuo AVS

Numero personale

Ingresso prima del 15 del mese: 1° del mese / Ingresso dopo il 16 del mese: 1° del mese successivo

La persona da assicurare:

viene ammessa in una previdenza supplementare o per quadri?

Se sì, in quale?

sì  no

in un altro istituto di previdenza professionale?

Se sì, in quale?

sì  no

All'inizio dell'assicurazione, la persona da assicurare è completamente abile al lavoro?

sì  no

Non è considerato completamente abile al lavoro chi, all'inizio dell'assicurazione,

- deve astenersi dal lavoro completamente o parzialmente per motivi di salute,
- percepisce indennità giornaliera in seguito a malattia o infortunio o ha già notificato il diritto all'assicurazione,
- percepisce già una rendita di invalidità,
- non può più essere impiegato a tempo pieno in conformità alla propria formazione per motivi di salute.

Il presente documento è una traduzione. In caso di contestazione, fa fede la versione tedesca.

Data

Timbro e firma del datore di lavoro

## Notifica d'entrata del lavoratore

Azienda

Cognome

Nome

Via

NPA/Luogo/Paese

Data di nascita

N. di assicurazione sociale

756.

E-mail

Lingua

D

F

I

E

Stato civile

celibe/nubile

coniugato/a

divorziato/a

unione domestica registrata

unione domestica sciolta

vedovo/a

Data del matrimonio/della convivenza registrata

Cognome, nome, data di nascita del coniuge/partner

Ingresso in azienda

Inizio dell'assicurazione

Grado di occupazione (%)

**Eventuali prestazioni di libero passaggio relative a rapporti previdenziali precedenti devono essere trasferite alla Fondazione collettiva LPP Valitas conformemente all'art. 60a OPP2.**

**La polizza di versamento per il bonifico le sarà consegnata dal nuovo datore di lavoro.**

Ha già effettuato un prelievo anticipato per la proprietà d'abitazione (PPA)?

sì no

La sua prestazione di libero passaggio è costituita in pegno?

sì no

Al momento dell'inizio dell'assicurazione era interamente abile al lavoro?

sì no\*

Riceve prestazioni dalle assicurazioni invalidità, militare, infortuni o altro istituto di previdenza?

sì no

Se sì, quale?

Grado AI %

\*In caso di risposta negativa, si prega di compilare il questionario sullo stato di salute riportato alla pagina seguente.

Si prega di inviare la presente notifica di entrata compilata in ogni sua parte entro 14 giorni, indirizzandola direttamente alla Fondazione collettiva LPP Valitas.

Il presente documento è una traduzione. In caso di contestazione, fa fede la versione tedesca.

Data

Firma del lavoratore

Cognome/Nome

N. di assicurazione sociale

756.

## Questionario sullo stato di salute

Da quando la sua abilità al lavoro è limitata?

All'inizio dell'assicurazione si trovava sotto controllo o trattamento medico?

sì no

Se sì, per quale ragione?

Da quando?

Medico curante\*?

Assume o le sono stati prescritti farmaci?

sì no

Se sì, quali?

Per quale ragione?

Medico curante\*?

Negli ultimi 2 anni è stato/a malato/a, ha subito infortuni o interventi?

sì no

Se sì, di quale malattia, lesione o operazione si è trattato?

Quando ha ricevuto il trattamento?

Medico curante\*?

Presso l'istituto di previdenza del suo precedente datore di lavoro era assicurato/a con riserva o pagava una maggiorazione sul premio per motivi di salute?

sì no

Se sì, per quale ragione?

Da quando?

Istituto di previdenza:

\*indicare nome e indirizzo per esteso.

La violazione dell'obbligo di notifica autorizza alla rescissione del contratto conformemente all'art. 6 della Legge federale sul contratto d'assicurazione del 2 aprile 1908. Viene fatto salvo il diritto di verificare l'ammissione alle prestazioni assicurative contrattuali in base a un rapporto medico.

Con la presente dichiaro di aver risposto in modo completo e veritiero a tutte le domande e autorizzo le persone, gli istituti e le compagnie di assicurazione a fornire alla Fondazione collettiva LPP Valitas tutte le informazioni necessarie a valutare il rischio e il diritto alle prestazioni. Autorizzo, altresì, Valitas a trasmettere ai coassicuratori e riassicuratori e agli istituti di previdenza ai quali sono stato o sono affiliato i dati utili ai fini dell'assicurazione.

**Si prega di allegare le decisioni / disposizioni presenti.**

Data

Firma del lavoratore