

Notifica di entrata del datore di lavoro

(Dati del/la dipendente da assicurare)

Azienda

Signor	Signora
Cognome	Nome
Via/N.	
NPA/Luogo/Paese	
Data di nascita	Numero 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

Ingresso prima del 15 del mese: 1° del mese / Ingresso dal 16 del mese: 1° del mese successivo

Salario annuo AVS
(salario mensile x 12 o x 13)

Numero di identificazione personale

La persona da assicurare:

viene ammessa in una previdenza supplementare o per quadri? sì no
➔ Se sì, in quale?

in un altro istituto di previdenza professionale? sì no
➔ Se sì, in quale?

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.

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro

Notifica di entrata del/la dipendente

1. Persona assicurata

Azienda _____

Cognome _____

Nome _____

Via/N. _____

NPA/Luogo/Paese _____

Data di nascita _____

Numero di assicurazione sociale 756. _____

Nazionalità _____

N. telefono _____

E-mail _____

Corrispondenza

tedesco

francese

italiano

inglese

Stato civile

celibe/nubile

coniugato/a

divorziato/a

unione domestica registrata

unione domestica sciolta

vedovo/a

Data del matrimonio/dell'unione domestica registrata _____

Cognome, nome, data di nascita del coniuge/partner _____

Ingresso in azienda _____

Grado di occupazione (%) _____

Eventuali prestazioni di libero passaggio relative a rapporti previdenziali precedenti devono essere trasferite a noi (art. 60a OPP2).

- ➔ **I dati per il versamento le verranno inviati insieme alla conferma di ammissione e al certificato di previdenza.**

2. Informazioni necessarie

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'ingresso nella cassa di previdenza, esisteva/esiste una capacità lavorativa limitata?

sì

no

- ➔ **Se sì: compili tassativamente il questionario sullo stato di salute allegato.**

Negli ultimi 24 mesi siete stati assenti dal lavoro per motivi di salute per più di 4 settimane in totale o parzialmente?

sì

no

- ➔ **Se sì: compili tassativamente il questionario sullo stato di salute allegato.**

Cognome	Nome
Numero di assicurazione sociale 756.	

Riceve prestazioni dalle assicurazioni invalidità, militare, contro gli infortuni o da un altro istituto di previdenza?	sì	no
Se sì, quale?	Grado AI	%

➔ Si prega di allegare le decisioni / disposizioni presenti.

Si prega di inviare la presente notifica di entrata compilata in ogni sua parte entro 14 giorni direttamente al nostro indirizzo riportato nell'intestazione.

Luogo e data

Firma del/la dipendente

Questionario sullo stato di salute

Non sono da indicare: tonsillite, appendicite, influenza, raffreddore, parotite, morbillo, rosolia, varicella, contraccettivi, parto e controlli ginecologici che hanno mostrato valori normali.

Cognome / Nome _____ N. di assicurazione sociale 756. _____

Statura _____ cm _____ Peso _____ kg _____

Assume medicinali su base regolare? _____ sì _____ no _____

➔ Se sì, per quale ragione? _____

➔ Da quando? _____

➔ Medico curante (indirizzo esatto)? _____

È attualmente in cura, o lo è stato in passato, per l'uso di alcol o droghe, oppure le è mai stato suggerito o consigliato di sottoporsi a un tale trattamento? _____ sì _____ no _____

➔ Se sì, quando? _____

➔ Per quanto tempo? _____

➔ Che tipo di trattamento? _____

Ha o ha avuto negli ultimi 5 anni malattie o disturbi fisici, mentali o psicologici? Soffre per le conseguenze di un infortunio o una malattia? _____ sì _____ no _____

Tipo di malattia / infortunio, disabilità, trattamento, visite mediche	da	a	Durata dell'incapacità al lavoro	Medico, ospedale o specialista (indirizzo e reparto esatti)	La guarigione è avvenuta senza conseguenze? Si / no

Informativa sull'obbligo di notifica e sulla protezione dei dati

L'inclusione nella copertura assicurativa prevista può essere subordinata a una valutazione del rischio aggiornata.

La Valitas Fondazione collettiva LPP (di seguito «Valitas») deve trasferire questa valutazione del rischio a eventuali altre riassicurazioni e ai servizi dei medici di fiducia per l'elaborazione. La Valitas, così come le altre riassicurazioni e i servizi dei medici di fiducia, si riserva il diritto di verificare i dati nel questionario sullo stato di salute e di ottenere ulteriori informazioni in merito al suo stato di salute. La Valitas, così come le altre riassicurazioni e i servizi dei medici di fiducia, tratterà le informazioni sul suo stato di salute per valutare il rischio e per giustificare eventuali riserve.

Dichiaro di aver risposto in modo completo e veritiero a tutte le domande contenute nel presente modulo. Sono consapevole che la violazione dell'obbligo di notifica può comportare la riduzione o il rifiuto delle prestazioni e la possibilità di richiedere un risarcimento dei danni. Acconsento alla trasmissione dei dati relativi al mio stato di salute alla Valitas, ed eventualmente ad altre riassicurazioni, nonché ai servizi dei medici di fiducia, e al loro utilizzo per gli scopi indicati nel presente documento. La Valitas può richiedere all'assicuratore precedente o a terzi, in particolare al personale medico e ausiliario, alle autorità e alle assicurazioni sociali, nonché agli istituti di previdenza ai quali sono o sono stato/a affiliato/a, informazioni utili sull'anamnesi delle prestazioni, in particolare per la valutazione del rischio e la gestione dei casi di prestazioni. Nel caso in cui ciò sia necessario ai fini della valutazione del rischio e per l'accertamento del diritto alle prestazioni, il consenso si estende anche all'acquisizione dei dati personali particolarmente sensibili (come i dati relativi allo stato di salute) e di profili della personalità o alla consultazione di atti ufficiali. A tal fine, esonerò espressamente il personale medico e ausiliario dall'obbligo di riservatezza.

Luogo e data _____

Firma del/la dipendente _____