Cancellare i dati

valitas COMPACTA

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 giornaliere 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

12.2022

valitas COMPACTA

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'inizio dell'assicurazione era interamente abile al lavoro? ☐ sì ☐ no

➔ **Se no: compili tassativamente l'allegato questionario sullo stato di salute.**

12.2022

valitas COMPACTA

Cognome	Nome
Numero di assicurazione sociale 756.	

Riceve prestazioni dalle assicurazioni invalidità, militare, infortuni o da un altro istituto di previdenza? ☐ sì ☐ no

➔ Se sì, quale? Grado AI %

Riceve prestazioni da un'assicurazione estera di rendita di invalidità o di inabilità al lavoro? ☐ sì ☐ no

➔ Se sì, quale? Grado AI %
Si prega di indicare l'indirizzo o gli indirizzi completi, con numero di telefono

➔ 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

12.2022

valitas COMPACTA

Questionario sullo stato di salute

Cognome / Nome Numero di assicurazione sociale 756.

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 negli ultimi 5 anni? ☐ sì ☐ no

➔ Se sì, quali? Da quando a quando?

➔ Per quale ragione?

➔ Medico curante*?

Negli ultimi 5 anni è stato/a completamente o parzialmente inabile al lavoro per più di 2 settimane a causa di malattia, infortunio o intervento? ☐ sì ☐ no

➔ Se sì, di quale malattia, lesione o operazione si è trattato? guarito/a ☐ non guarito/a ☐

➔ Da quando a quando ha ricevuto il trattamento?

➔ È prevista/raccomandata un'operazione (in ambulatorio o con ricovero)? ☐ sì ☐ no

➔ 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 al suddetto istituto di previdenza tutte le informazioni necessarie a valutare il rischio e il diritto alle prestazioni. Autorizzo altresì il suddetto istituto di previdenza a trasmettere ai coassicuratori e riassicuratori e agli istituti di previdenza ai quali sono stato/a o sono affiliato/a tutti i dati utili ai fini dell'assicurazione.

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

Luogo e data Firma del/la dipendente

12.2022