

## Domanda d'affiliazione per persona giuridica (SA / Sagl)

### Ragione sociale secondo il registro di commercio (qui di seguito denominata datore di lavoro)

Nome e indirizzo della ditta

---

Cognome e nome della persona responsabile

---

E-mail \_\_\_\_\_

No. telefono \_\_\_\_\_

### Informazioni concernenti l'affiliazione

per tutto il personale

Numero di persone assicurate \_\_\_\_\_

Offerta(e) del \_\_\_\_\_

Piano \_\_\_\_\_

Data d'affiliazione \_\_\_\_\_

---

per un **collettivo** menzionando il criterio \_\_\_\_\_

Numero di persone assicurate \_\_\_\_\_

Offerta(e) del \_\_\_\_\_

Piano \_\_\_\_\_

Data d'affiliazione \_\_\_\_\_

---

per un **collettivo** menzionando il criterio \_\_\_\_\_

Numero di persone assicurate \_\_\_\_\_

Offerta(e) del \_\_\_\_\_

Piano \_\_\_\_\_

Data d'affiliazione \_\_\_\_\_

## Condizioni d'affiliazione

1. Il datore di lavoro si affilia con la presente alla fondazione.
2. La natura, l'estensione e il finanziamento delle prestazioni da assicurare sono definiti nel(nei) regolamento(i) di previdenza. Quest'ultimo(i) è(sono) parte integrante del presente contratto, così come il contratto d'assicurazione collettiva sulla vita stipulato dalla fondazione (art. 1 cpv. 2 del regolamento).
3. Se un premio non è versato nell'ossequio del termine, subentrano gli effetti della mora ai sensi delle condizioni generali per le assicurazioni collettive sulla vita (CGA).
4. Il presente contratto è valido fino alla decorrenza del terzo anno civile completo successivo alla data d'entrata in vigore (inizio dell'assicurazione).
5. Salvo disdetta con preavviso minimo di sei mesi per la sua data di scadenza, il contratto si rinnova di anno in anno con i medesimi termini di disdetta.
6. In caso di mancato adempimento degli obblighi summenzionati, la fondazione è autorizzata in qualsiasi momento a disdire il contratto con effetto immediato.
7. La disdetta del contratto è comunicata dalla fondazione all'autorità di sorveglianza competente.

### Affiliazione con personale

8. Il datore di lavoro si affilia con la presente alla fondazione. Egli istituisce una Commissione di previdenza del personale la cui organizzazione è disciplinata in un regolamento separato.
9. Il datore di lavoro si impegna ad annunciare alla fondazione tutti i salari da assicurare e a trasmettere alla predetta tutte le informazioni e tutti i documenti necessari all'applicazione dell'assicurazione.
10. Il datore di lavoro si impegna a versare i contributi (premi) previsti dal regolamento di previdenza.
11. L'elaborazione dei conti dei contributi regolamentari con il personale assicurato incombe al datore di lavoro.

L'accordo degli assicurati oppure del loro rappresentante è obbligatorio. La domanda d'affiliazione per persona giuridica deve essere firmata da almeno un rappresentante degli assicurati. Apponendo le firme, voi confermate di aver allegato un formulario d'iscrizione per tutte le persone da assicurare.

Rappresentante del datore di lavoro  
Cognome e nome

Rappresentante degli assicurati  
Cognome e nome

Luogo e data

Firma

Firma

Luogo e data

Fondazione di previdenza professionale  
a favore di AROMED

Allegati: Ammissione all'Association Romande de Médecins

Formulario d'iscrizione per salariati

Commissione di previdenza del personale (se il datore di lavoro si affilia con il suo personale)