

Formulario d'iscrizione per salariati

Datore di lavoro / Indirizzo _____

Dati personali del salariato

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Sesso D U
Via, no. _____ NAP, località _____
No. AVS 756. _____ Professione _____
Stato civile celibe/nubile vedovo/a coniugato/a divorziato/a concubino(a), dal _____
Persone a carico sì no Assicurazione LAINF sì no

Indicazioni concernenti l'assicurazione

Piano scelto

Inizio dell'assicurazione (possibile solo per l'inizio di un mese) _____

Salario annuo AVS (salario lordo calcolato su 12 mesi, inclusa la 13^a mensilità) _____

Esisteva già un'assicurazione nel quadro della previdenza professionale (LPP)? sì no

Nome e indirizzo dell'assicurazione in vigore _____

Se sussiste un diritto a una prestazione di libero passaggio, la medesima dovrà essere versata al nuovo istituto di previdenza professionale (art. 4 cpv. 2bis LFLP). La preghiamo di far accreditare l'importo a favore del conto seguente:

*A favore della fondazione di previdenza professionale, a favore di AROMED, Route des Avouillons 30, 1196 Gland
UBS SA, CH26 00240240 3274 3300C*

Capacità lavorativa

L'assunzione interviene a seguito di una riclassificazione da parte dell'assicurazione invalidità (AI)? sì no

La persona da assicurare, attualmente e al momento in cui ha inizio l'assicurazione, dispone della piena capacità lavorativa? sì no

Nella negativa : Grado d'incapacità lavorativa _____ % Da quando ? _____

La persona in esame ha presentato una domanda di prestazioni presso un'assicurazione sociale (AI, AINF, AM) o un'altra assicurazione? (se è disponibile una decisione, voglia allegarla!) sì no

In caso affermativo, presso chi? _____

La persona da assicurare e l'istituto di previdenza attestano che le informazioni fornite sono esatte e complete.

Luogo e data _____ Firma del (della) salariato(a) _____ Timbro e firma del datore di lavoro _____

Luogo e data _____ Fondazione di previdenza
professionale a favore di AROMED