

Richiesta di affiliazione per lavoratore indipendente

Dati personali privati	Indirizzo di corrispondenza <input type="checkbox"/>
------------------------	--

Cognome	_____	Nome	_____
Data di nascita	_____	Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Indirizzo	_____	Codice postale, luogo	_____
N. AVS	756. _____	Specializzazione	_____
Stato civile	<input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> unione domestica registrata <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a		
Data del matrimonio	____/____/____	Data di nascita del coniuge	____/____/____
Telefono	_____	E-mail	_____

Dati professionali	Indirizzo di corrispondenza <input type="checkbox"/>
--------------------	--

Indirizzo	_____	c/o	_____
Codice postale, luogo	_____	Telefono	_____
E-mail	_____	Specialità	_____

La sua professione medica è riconosciuta dall'Ufficio federale della sanità pubblica? sì no

Da quanto tempo lavora in proprio? _____/____/____

Impiega del personale? sì no

Se sì, a quale istituto di previdenza è affiliato il suo personale?



Informazioni riguardanti l'assicurazione

Inizio dell'affiliazione (*possibile solo all'inizio di un mese*) _____/_____/_____

Salario annuo annunciato CHF _____

Tasso di occupazione _____ %

Piano di previdenza (indicare il n. dell'offerta o la nomenclatura del piano) _____

Periodicità della fatturazione dei contributi mensile trimestrale semestrale annuale

Desidera affiliare il suo personale alla Fondazione AROMED? sì no

Se sì, per ogni dipendente, allegare il modulo di affiliazione per lavoratore dipendente

Dispone di una prestazione di libero passaggio presso un altro istituto di previdenza? sì no

Nome e indirizzo del precedente istituto di previdenza:

Ha effettuato un prelievo nell'ambito dell'accesso alla proprietà? sì no

Se sì, l'importo CHF _____ Data ____/____/_____

Nome del consulente _____

Timbro e firma del consulente _____

Documenti da allegare

- Ammissione all'Associazione dei medici della Svizzera romanda (AROMED)
- Modulo di dichiarazione di salute
- Modulo per la scelta del piano
- Offerta firmata
- Mandato di intermediazione



Condizioni di affiliazione

1. Con il presente modulo, il datore di lavoro si affilia alla Fondazione di previdenza professionale in favore di AROMED.
2. La natura, la portata e il finanziamento delle prestazioni da assicurare sono definiti nel/nei regolamento/i di previdenza. Quest'ultimo/Questi ultimi fa/fanno parte integrante del contratto, così come il contratto di assicurazione collettiva sulla vita concluso dalla Fondazione (art. 1 cpv. 2 del regolamento).
3. Se un premio non viene versato in tempo, si applica la mora secondo le condizioni generali dell'assicurazione collettiva sulla vita (CGA).
4. Il presente contratto è valido fino alla fine del terzo anno civile completo successivo alla data di entrata in vigore (inizio dell'assicurazione).
5. Salvo in caso di preavviso di risoluzione almeno sei mesi prima della sua scadenza, il contratto si rinnova di anno in anno con lo stesso periodo di preavviso.
6. In caso di mancata esecuzione degli obblighi di cui sopra, la Fondazione può risolvere il contratto in qualsiasi momento con effetto immediato.

Affiliazione **con** personale

7. La risoluzione del contratto è comunicata dalla Fondazione all'autorità di vigilanza competente.
8. Il datore di lavoro si impegna a notificare alla Fondazione tutti i dipendenti da assicurare e a fornirle tutte le informazioni e i documenti necessari per l'applicazione dell'assicurazione.
9. Il datore di lavoro si impegna a pagare i contributi (premi) previsti dal regolamento della cassa pensioni.
10. L'istituzione di un conto contributivo obbligatorio con il personale assicurato è di competenza del datore di lavoro.

Luogo e data

Nome, cognome e firma del medico

Luogo e data

Fondazione di previdenza professionale in favore di AROMED
(per accettazione)

