

## Richiesta di affiliazione per persona giuridica (SA/Sàrl)

### Dati della persona giuridica

Nome della ragione sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

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

Cognome e nome della persona responsabile \_\_\_\_\_

### Dati professionali

### Indirizzo di corrispondenza

Indirizzo \_\_\_\_\_ Codice postale, luogo \_\_\_\_\_

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

### Informazioni riguardanti l'assicurazione

Impiega del personale?  sì  no

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

\_\_\_\_\_

Desidera affiliare il suo personale alla Fondazione AROMED?  sì  no

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

Début d'affiliation (*seulement possible pour le début d'un mois*) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

Periodicità della fatturazione dei contributi  mensile  trimestrale  semestrale  annuale

Nome del consulente \_\_\_\_\_

Timbro e firma del consulente \_\_\_\_\_

### Documenti da allegare

- Ammissione all'Associazione dei medici della Svizzera romanda (AROMED)
- Modulo di richiesta di affiliazione per ogni dipendente
- Modulo per la scelta del piano
- Offerta firmata (se disponibile)
- 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.
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 datore di lavoro

Luogo e data

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

