

Richiesta di affiliazione per lavoratore dipendente

N. di affiliazione: _____ Nome del datore di lavoro/medico: _____

Dati personali del dipendente

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Sesso F M

Indirizzo _____ Codice postale, luogo _____

N. AVS 756. _____ Professione _____

Stato civile celibe/nubile coniugato/a unione domestica registrata divorziato/a vedovo/a

Data del matrimonio ____/____/____ Data di nascita del coniuge ____/____/____

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, la nomenclatura del piano o la categoria del personale*)

Nome e indirizzo del precedente istituto di previdenza:

Il sottoscritto datore di lavoro conferma che le informazioni di cui sopra sono esatte e complete.

Luogo e data _____ Timbro e firma del datore di lavoro _____

Dichiarazione di salute (da compilare da parte della persona da assicurare)

Al momento dell'affiliazione, gode della sua piena capacità di lavoro? sì no

Soffre o ha sofferto negli ultimi 5 anni di un problema di salute o delle conseguenze di un infortunio, di una malattia o di una disabilità congenita? sì no

Riceve prestazioni in ragione di un'incapacità di guadagno da un'assicurazione nazionale o estera (AI, LAMal, LAINF, LPP) o è stata presentata una richiesta? sì no
Se sì, tasso di invalidità: _____ % Da quando? ____/____/____ (*allegare decisione*)

Esisteva una riserva per motivi di salute con il suo precedente istituto di previdenza? sì no

La persona da assicurare conferma che le informazioni di cui sopra sono esatte e complete.

Luogo e data _____ Firma del dipendente _____

