Fondazione di previdenza LPP physioswiss

Segreteria: VCW Versicherungstreuhand SA, Brandschenkestrasse 30, 8001 Zurigo, tel. +41 41 785 04 50, e-mail: physiobvg@vcw.ch

Notifica

Datore di lavoro	**Studio**	
	Via, n.	
	NPA, domicilio	
	Telefono n.	
	Contratto	**Gruppo di pers. assicurate**
Generalità	**Cognome**	
	Nome	
	N. d'assicurato	756. **Data di nascita**
	Via, n.	
	NPA, domicilio	
	Telefono n.	
	Lingua (certificato d'assicurazione)	☒ italiano ☐ francese ☐ tedesco ☐ inglese
	Sesso	☐ Uomo ☐ Donna
	Stato civile	Si prega di selezionare! se sposato/a o in un'unione domestica registrata, data del matrimonio / della registrazione dell'unione domestica:
Dati sulla assicurazione	**Inizio dell'assicurazione**	(inizio del rapporto di lavoro)
	Salario annuo	CHF (incl. tredicesima mensilità)
	Grado d'occupazione [1]	% **Pienamente abile al lavoro?** [2] ☐ sì ☐ no
Domande supplementari per indipendenti	Da quando è indipendente?	
	È già stata/o assoggettata/o a titolo obbligatorio alla LPP?	☐ sì ☐ no
	Se sì	da a

Firma

Datore di lavoro

Data | Luogo | Timbro e firma

[1] Una persona da assicurare viene considerata come persona impiegata a tempo parziale se il suo orario di lavoro settimanale regolare è inferiore a quello di una dipendente esercitante un'occupazione paragonabile a tempo pieno. Inoltre la persona impiegata a tempo parziale è pienamente abile al lavoro, ovvero la sua capacità lavorativa non è limitata per motivi di salute (cfr. cifra [2]).

[2] Occorre dare una risposta negativa alla domanda, se la persona da assicurare (e/o)…
a) è invalida ai sensi dell'assicurazione federale per l'invalidità, dell'assicurazione contro gli infortuni o dell'assicurazione militare e/o riceve prestazioni di una o più di queste istituzioni (occorre trasmettere una copia della relativa decisione)
b) per motivi medici non lavora o non ha lavorato, parzialmente o interamente, per oltre tre settimane a partire dell'inizio dell'assicurazione
c) ha una capacità di rendimento durevolmente limitata per motivi medici.

Prestazione di libero passaggio
(da precedenti istituzioni di previdenza)

Dispone di prestazioni di libero passaggio provenienti da precedenti istituzioni di previdenza, conti di libero passaggio o polizze di libero passaggio? ☐ sì ☐ no

Avviso: il trasferimento di tali prestazioni è prescritto dalla legge.

(Per favore usare il formulario corrispondente)

Proprietà d'abitazione

- Ha già integralmente o parzialmente **costituito in pegno** il suo diritto alle prestazioni di previdenza? ☐ sì ☐ no
  Se sì, si prega di allegare copia del contratto di pegno.
- Ha già integralmento o parzialmente la sua prestazione di libero passaggio **in anticipo**? ☐ sì ☐ no
  Se sì, indicare data e importo _____ _____ CHF
- Oggetto: ☐ Casa unifamiliare ☐ Proprietà per piani

Domande alla persona da assicurare

1. Negli ultimi 5 anni prima dell'inizio dell'assicurazione ha sofferto di disturbi della salute che hanno portato a un'incapacità lavorativa per oltre 3 settimane o attualmente lamenta disturbi della salute? ☐ sì ☐ no
   Se sì, quali? _____
2. Si trova attualmente in cura o in osservazione presso un medico e/o uno psicoterapista e/o in cura presso un chiropratico? ☐ sì ☐ no
   Se sì, presso quale/quali?
   Nome _____
   Indirizzo: _____
3. Assume regolarmente dei farmaci? ☐ sì ☐ no
   Se sì, quali? _____
4. Percepisce prestazioni ai sensi della LAI, della LAM, della LAINF, della LPP, di un'assicurazione sociale estera o di un altro ente assicurativo o ha posto rispettiva domanda? ☐ sì ☐ no
   Se sì:
   - da chi? _____
   - per quale grado d'invalidità? _____ %
   - Importo annuo: CHF _____

Voglia allegare alla presente le decisioni/delibere delle citate istituzioni.

Domande supplementari per gli indipendenti

Quando è stata intrapresa l'attività lucrativa indipendente? _____

La persona da assicurare è già stata assoggettata all'assicurazione obbligatoria ai sensi della LPP? ☐ sì ☐ no

Se sì: da quando? _____ fino a quando? _____

Esonero dal segreto professionale e d'ufficio e diritto alla consultazione degli atti

La persona sottoscritta dichiara di liberare dal vincolo del segreto professionale, risp. d'ufficio, nei confronti di Swiss Life e della fondazione: l'assicurazione federale per l'invalidità, l'assicurazione militare, gli assicuratori contro gli infortuni, altre e precedenti istituzioni di previdenza, l'assicurazione malattia e indennità giornaliera di malattia, eventuali assicurazioni sociali estere nonché i medici curanti ed autorizza le istituzioni e le persone citate a fornire a Swiss Life e alla fondazione qualsiasi informazione **(incluse indicazioni di carattere medico)** e a consultare i relativi atti, nella misura in cui ciò si renda necessario ai fini dell'allestimento della previdenza a favore del personale (esame del rischio / disbrigo del caso di previdenza concreto). Saranno richieste unicamente le informazioni necessarie per il caso specifico. La persona sottoscritta è inoltre d'accordo che Swiss Life e la fondazione inoltrino all'interno di Swiss Life e trasmettano ad altri assicuratori coinvolti i suoi dati personali e sullo stato di salute per la verifica delle prestazioni e per la lotta contro gli abusi in materia d'assicurazione. La persona sottoscritta prende inoltre atto che Swiss Life può incaricare terzi per il trattamento e la conservazione dei dati. Le informazioni utilizzate vengono trattate da Swiss Life, dalla fondazione e da terzi incaricati con la massima discrezione e servono esclusivamente alla gestione, come stabilito nel contratto, del contratto di previdenza, risp. d'assicurazione.

Firma della persona da assicurare

_____ _____ _____
Data Luogo Firma

In caso di indicazioni inesatte o incomplete, Swiss Life, rispettivamente la fondazione è autorizzata a ridurre o a rifiutare le prestazioni nei limiti delle disposizioni di legge.

Indirizzo d'invio

Il presente formulario è da inviare alla:

Fondazione di previdenza LPP physioswiss
c/o VCW Versicherungstreuhand SA
Segreteria
Brandschenkestrasse 30
8001 Zurigo