

Richiesta di affiliazione personale

Ditta no.: _____ Membro no.: **(lasciare in bianco)** _____
Ditta (nome): _____
Persona competente: _____ E-mail: _____
Via / no.: _____
CAP/ località: _____ / _____
Telefono: _____
Associazione professionale: SIA Swiss Engineering FAS FSAI suisse.ing SwissTnet

Persona da assicurare

Inizio dell'assicurazione: (01/16 di un mese) _____
Cerchia di persone (CP): _____ Lingua: _____
Cognome / Nome: _____
Indirizzo privato: _____ Località: _____
Data di nascita: _____ Sesso: uomo donna
AVS no.: 756. _____
Stato civile: _____ Data del matrimonio: _____

Attività lucrativa indipendente: Nuova affiliazione a titolo principale a titolo accessorio nessuna
Per gli indipendenti: Assoggettamento volontario LPP Sì

Indicazioni riguardanti il salario

Salario annuo AVS determinante (proiettato su un anno intero / corrispondente al grado d'occupazione effettivo)

CHF _____ (Salario mensile x 12 o per 13)

Grado d'occupazione: _____ %

Offerta n.: _____ **Proposta n.:** _____

(da compilare solo in caso di nuove affiliazioni di ditte o modifiche del piano esistente)

Conferma del datore di lavoro

Luogo e data:

Firma datore di lavoro:



ptv cpat

Datore di lavoro / Datrice di lavoro (ditta no. / membro no.): _____

La dichiarazione confidenziale, integralmente compilata e firmata, deve essere inoltrata alla CPAT entro 30 giorni. Grazie mille.

Dichiarazione confidenziale

- 1. Al momento attuale, gode di buona salute ed è pienamente abile al lavoro? Sì No
Se ha risposto "No", per quale motivo? _____

- 2. Quanto è / sarà elevato lo sforzo fisico nel suo impiego attuale / futuro? leggero medio elevato
- 3. Ha usufruito durante gli ultimi cinque anni o usufruisce attualmente di assistenza medica e/o psicologica? Sì No
In caso affermativo, per quale motivo? _____

- Ha assunto durante gli ultimi cinque anni o assume attualmente dei farmaci (durata di assunzione superiore a un mese?) Sì No
In caso affermativo, per quale motivo? _____
Nome e indirizzo della/e persona/e presso la/e quale/i lei è in cura (medici): _____

- 4. Durante gli ultimi cinque anni, ha dovuto interrompere la sua attività professionale per oltre 10 giorni o ha dovuto cambiare professione per ragioni di salute? Sì No
In caso affermativo, per quale motivo? _____

- Nome e indirizzo della/e persona/e presso la/e quale/i lei è in cura (medici): _____

- 5. Attualmente, ci sono delle prestazioni di previdenza soggette a una riserva medica? Sì No
In caso affermativo, presso quale istituto di previdenza e per quale motivo? _____

- 6. Percepisce attualmente delle prestazioni d'invalidità? Sì No
Ha beneficiato precedentemente di prestazioni d'invalidità? Sì No
In caso affermativo, quando e per quale motivo? _____

- Si è annunciato/a all'Assicurazione federale per l'invalidità (AI), all'assicurazione infortuni o a un istituto assicuratore estero? Sì No
A quale stadio è la procedura? _____
Nome/Indirizzo dell'assicuratore AI/AINF: _____

- 7. Ha effettuato presso un istituto di previdenza o di libero passaggio del 2° pilastro un prelievo anticipato di prestazioni per la proprietà d'abitazione e non lo ha ancora rimborsato? Sì No
In caso affermativo: Importo del prelievo anticipato: _____ Data: _____

- Costituito in pegno? Sì No
In caso affermativo: Importo costituito in pegno: _____ Data: _____
Nome creditore pignoratizio: _____

- 8. Negli ultimi tre anni antecedenti all'entrata nella nostra cassa pensione, ha effettuato conferimenti unici nella previdenza professionale o ne ha ricevuti dal datore di lavoro? Sì No
In caso affermativo: Importo del conferimento: _____ Data: _____

- 9. Precedente datore di lavoro / datrice di lavoro Precedente istituto di previdenza
Nome e indirizzo Nome e indirizzo

Il Servizio medico di fiducia della Cassa pensione delle associazioni tecniche SIA Swiss Engineering FAS FSAI suisse.ing (CPAT), la Health & Medical Service AG, Bollwerk 4, 3011 Berna, è autorizzato a richiedere informazioni sullo stato di salute della persona da assicurare all'entrata nell'assicurazione. La persona da assicurare svincola in tale contesto tutte le persone presso le quali è in cura (medici, psicoterapeuti, chiropratici) nonché gli istituti medici dal segreto professionale e tutte le altre compagnie di assicurazioni dall'obbligo del segreto. La validità del rapporto d'assicurazione dipende dalla correttezza delle informazioni rilasciate. Informazioni errate possono indurre la CPAT a rifiutare le prestazioni o a ridurle al minimo LPP.

Luogo e data: _____ Firma della persona da assicurare: _____

Nome in stampatello: _____
E-mail / no. cellulare in caso di domande: _____