



Domanda di iscrizione per la previdenza professionale **Contratto n.** _____

Informazioni sul contratto e sulla persona assicurata

Nome del datore di lavoro

Cognome

Nome

F M

Data di nascita

Stato civile

Data del matrimonio

AVS n.

scegliere celibe/nubile, coniugato/a,
divorziato/a, vedovo/a, in unione domestica registrata,
separato/a legalmente

Via, n.

NPA, Località

Ingresso nell'azienda fino al 15 del mese: decorrenza dell'assicurazione dal 1° giorno del mese di ingresso

Ingresso nell'azienda dal 16 del mese: decorrenza dell'assicurazione dal 1° giorno del mese successivo

Inizio del rapporto di lavoro

Decorrenza dell'assicurazione

Salario annuo determinante ai fini AVS

Lingua

D F I

Grado di occupazione _____ %

Precedente datore di lavoro

Precedente istituto di previdenza

Le prestazioni di libero passaggio e l' avere dei precedenti istituti di previdenza devono essere trasferiti dall'assicurato alla Loyalis Fondazione collettiva LPP.

Bonifico a: Loyalis Fondazione collettiva LPP, 7000 Coira, PC 70-216-5, conto CA368.466.001 / IBAN CH82 0077 4151 3684 6600 1

Nella comunicazione del bollettino di versamento indicare n. di contratto e n. AVS, nome e cognome.

La persona assicurata è del tutto abile al lavoro?

Sì No

È considerata non del tutto abile al lavoro una persona che alla data di decorrenza dell'assicurazione:

- deve assentarsi dal lavoro del tutto o in parte per motivi di salute
- percepisce una indennità giornaliera a seguito di malattia o infortunio
- è iscritta ad una assicurazione statale per l'invalidità
- percepisce una rendita a causa di invalidità totale o parziale
- per motivi di salute non può più essere occupata pienamente in modo adeguato alla sua formazione e alle sue capacità
- è regolarmente in cura a seguito di una malattia o infortunio continui

Osservazioni

Firme

Luogo e data

Datore di lavoro

Retro da compilare a cura della persona assicurata

Nome del datore di lavoro

Cognome Nome

Data di nascita

Domande alla persona da assicurare

- 1 Altezza della persona assicurata Peso della persona assicurata
- 2 Si sente pienamente in salute ed è totalmente abile al lavoro? Sì No
- 3 Attualmente si sta sottoponendo a cure mediche o vi si è sottoposta negli ultimi 12 mesi? Se sì, indicare il motivo e il medico Sì No
- 4 Persistono postumi di una malattia, di un infortunio o di infermità congenite? Sì No
- 5 Negli ultimi 5 anni è stata in ospedale o in un istituto di cura per più di 7 giorni? Sì No
- 6 È in attesa di sottoporsi a trattamenti, operazioni, cure ecc. o le è stato consigliato di sottoporvisi? Sì No
- 7 Percepisce prestazioni della AI o ne ha mai ricevute da altri assicuratori?
(da indicare solo se le prestazioni sono state erogate per più di 14 giorni) Sì No

in caso di risposta negativa alla domanda 2, oppure in caso di risposte positive alle domande 3-7, indicare qui di seguito i dettagli

Domanda	motivo / diagnosi	quando / durata	guarigione senza postumi?	Medico
				
				
				

Il questionario deve essere compilato in modo esauriente e veritiero, secondo scienza e coscienza. Informazioni non vere possono avere come conseguenza il rifiuto o la riduzione delle prestazioni assicurative. Per il resto si applicano le disposizioni del regolamento.

Ho preso atto che la copertura assicurativa dipende dalla veridicità della presente dichiarazione e che Loyalis in caso di informazioni inesatte può recedere dall'assicurazione o ridurre le prestazioni entro i limiti delle disposizioni di legge e del regolamento. A seconda del piano delle prestazioni e del salario annuo, Loyalis può richiedere ulteriori informazioni.

Scioglimento dal segreto professionale e dal segreto d'ufficio, diritto di accesso agli atti

Ove necessario per l'attuazione della previdenza del personale (valutazione del rischio/disbrigo del caso concreto di previdenza), la persona sottoscritta scioglie l'Assicurazione federale per l'invalidità, l'Assicurazione militare, gli Assicuratori infortuni, i precedenti Istituti di previdenza, gli Assicuratori malattie e indennità giornaliera di malattia, eventuali Assicuratori esteri nonché i medici curanti dall'obbligo di serbare il segreto professionale e d'ufficio nei confronti di Loyalis fondazione collettiva LPP. Inoltre autorizza le persone e le istituzioni menzionate se occorre a dare a Loyalis fondazione collettiva LPP le necessarie informazioni (compreso informazioni mediche) e a concederle l'accesso agli atti relativi. Saranno richieste solo le informazioni concretamente necessarie. I dati saranno trattati in via strettamente riservata e serviranno esclusivamente all'esecuzione contrattuale del contratto di previdenza ovvero del contratto di assicurazione.

Per l'assunzione della copertura assicurativa si applicano le disposizioni del regolamento generale.

Inviare il modulo di richiesta di iscrizione «Riservato» a: Loyalis Fondazione collettiva LPP, Servizio prestazioni,
Casella Postale 527, 7004 Coira

Firma

Luogo e data