Domanda di iscrizione alla previdenza professionale

Informazioni sul contratto e sulla persona assicurata

Contratto n.:

Nome datore di lavoro:

Cognome: Nome: ☐ f ☐ m

Data di nascita: Assicurazione sociale n.:

Stato civile: Data del matrimonio:

Celibe/nubile, coniugato/a, divorziato/a, vedovo/a, in un'unione domestica registrata, separato/a legalmente

Via: NPA, località:

Ingresso in azienda entro il 15° giorno del mese: decorrenza dell'assicurazione corrisponde al 1° giorno del mese di ingresso
Ingresso in azienda dal 16° giorno del mese: decorrenza dell'assicurazione corrisponde al 1° giorno del mese successivo al mese di ingresso

Inizio del rapporto di lavoro: Decorrenza dell'assicurazione:

Salario annuo AVS determinante: Categoria:

Grado di occupazione in percentuale (%): Lingua: ☐ D ☐ F ☐ I ☐ E

Datore di lavoro precedente:

Istituto di previdenza precedente:

L'assicurato deve trasferire le prestazioni di libero passaggio e l'avere accumulato presso i precedenti istituti di previdenza alla fondazione ÖKK Previdenza professionale.
Bonifico da inviare a: ÖKK Previdenza professionale, 7000 Coira / IBAN CH82 0077 4151 3684 6600 1
Sulla polizza di versamento, specificare n. di contratto, n. AVS, nome e cognome nel campo riservato al motivo del versamento.

La persona assicurata è completamente abile al lavoro? ☐ sì ☐ no

Si considera persona non completamente abile al lavoro chi, alla decorrenza dell'assicurazione:
- deve assentarsi dal lavoro (completamente o in parte) per motivi di salute
- percepisce indennità giornaliere a seguito di malattia o infortunio
- è iscritto a un'assicurazione invalidità statale
- percepisce una rendita di invalidità totale o parziale
- non può più essere assunto in una professione consona alle proprie capacità e alla propria formazione per motivi di salute
- è regolarmente in cura da un medico a causa di una malattia o di un infortunio persistenti

Osservazioni:

Luogo e data: Firma del datore di lavoro:

Si prega di fare compilare la pagina sul retro alla persona assicurata

ÖKK298I/08.23

Contratto n.:

Nome datore di lavoro:

Cognome: Nome: ☐ f ☐ m

Data di nascita: N. AVS:

Domande alla persona da assicurare

1 Altezza della persona interessata Peso della persona interessata

2 Si sente totalmente in salute e ritiene di essere completamente in grado di lavorare? ☐ sì ☐ no

3 È attualmente in cura da un medico o si è sottoposto/a a trattamenti medici negli ultimi 12 mesi? ☐ sì ☐ no

Se sì, indicare motivo e medico curante

4 Presenta postumi di una malattia, di un infortunio o di infermità congenite? ☐ sì ☐ no

5 Negli ultimi 5 anni è stato/a ricoverato/a in un ospedale o in un istituto di cura per un periodo superiore a 7 giorni? ☐ sì ☐ no

6 Prevede di sottoporsi a trattamenti, operazioni, cure o simili o le è stato raccomandato di farlo? ☐ sì ☐ no

7 Percepisce o ha percepito prestazioni dell'AI o di altri assicuratori? (Da indicare solo qualora le prestazioni siano state erogate per più di 14 giorni) ☐ sì ☐ no

Se alla domanda 2 ha risposto no oppure alle domande 3–7 ha risposto sì specifichi i dettagli di seguito.

Domanda	Motivo, diagnosi	Quando, durata	Guarigione senza postumi?	Medico

Il presente documento va compilato in modo veritiero e completo. La comunicazione di informazioni non veritiere può comportare 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 ÖKK Previdenza professionale, in presenza di informazioni inesatte, può recedere dall'assicurazione o ridurre le prestazioni della stessa nei limiti delle disposizioni di legge e del regolamento. A seconda del piano delle prestazioni e del salario annuo, ÖKK Previdenza professionale può richiedere informazioni supplementari.

Diventa AG si occupa dell'amministrazione per conto di ÖKK Previdenza professionale.
Le comunicazioni di Diventa AG sono da considerarsi vincolanti per la fondazione.

Luogo e data: Firma della persona assicurata:

ÖKK298I/08.23

Siamo al suo fianco. Sempre.
ÖKK Previdenza professionale, Comercialstrasse 23, 7000 Coira
Telefono 081 552 02 92, info@oekkbvg.ch

L'assicurazione grigionese autentica.

ÖKK

Contratto n.:

Cognome: Nome:

Data di nascita:

Trasmissione dei dati per la valutazione del rischio e procura per la raccolta di dati concernenti la salute
L'ammissione nella relativa copertura assicurativa può dipendere da una valutazione del rischio. ÖKK Previdenza professionale ha trasmesso la presente valutazione del rischio al suo riassicuratore PKRück (di seguito «riassicuratore») e a Diventa AG (in quanto ufficio competente di ÖKK Previdenza professionale, di seguito «Diventa») per l'elaborazione. ÖKK Previdenza professionale o il riassicuratore e Diventa necessitano di tutti i diritti per verificare le informazioni che la riguardano indicate nel questionario sullo stato di salute e anche per richiedere a terzi ulteriori informazioni inerenti alla salute. ÖKK Previdenza professionale o il riassicuratore e Diventa trattano le informazioni relative alla salute che la riguardano per la valutazione del rischio e per giustificare un'eventuale riserva.

Elaborazione dei dati da parte della riassicurazione e del riassicuratore per la valutazione del rischio
ÖKK Previdenza professionale ha riassicurato i rischi di decesso e invalidità presso il riassicuratore. In alcuni casi, a sua volta, il riassicuratore si serve di altre riassicurazioni. Affinché questi riassicuratori possano valutare e controllare il rischio, ÖKK Previdenza professionale o il riassicuratore e Diventa forniscono i suoi dati inerenti alla sua salute a queste istituzioni. I suoi dati personali vengono utilizzati dai riassicuratori esclusivamente per gli scopi sopra indicati.

Procura per la raccolta di dati concernenti la salute e consenso per la trasmissione di dati
Autorizzo i medici, gli psicologi, i fisioterapisti, gli psicoterapeuti e il personale medico in relazione ai dati concernenti la salute da me citati a fornire a ÖKK Previdenza professionale o al riassicuratore e a Diventa tutte le informazioni e i documenti relativi al mio stato di salute e a eventuali trattamenti ai fini della valutazione del rischio. Esonero le persone sopra citate e i dipendenti delle istituzioni sopra citate dall'obbligo di riservatezza nei confronti di ÖKK Previdenza professionale o del riassicuratore e Diventa. Accetto inoltre che ÖKK Previdenza professionale o il riassicuratore e Diventa trasmettano i miei dati concernenti la salute a queste istituzioni per gli scopi sopra menzionati e sollevo i dipendenti di queste istituzioni dal loro obbligo di riservatezza.

Acconsento che i miei dati concernenti la salute – se necessario – siano trasferiti al riassicuratore e ad eventuali altri riassicuratori nonché a Diventa e che siano utilizzati per le finalità indicate nel presente documento. Questo consenso include anche espressamente il diritto del riassicuratore e di Diventa di trasmettere i miei dati concernenti la salute ad altri riassicuratori per le stesse finalità.

Tali autorizzazioni possono essere revocate in qualsiasi momento mediante comunicazione scritta a ÖKK Previdenza professionale e al riassicuratore nonché a Diventa. La persona assicurata firmataria è consapevole che in caso di rifiuto del consenso richiesto o di revoca del consenso dato è possibile che l'assicurazione delle prestazioni previste non sia garantita.

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

Luogo e data: Firma della persona assicurata:

Inviare la domanda di iscrizione «Confidenziale» a:
ÖKK Previdenza professionale, Comercialstrasse 23, 7000 Coira

ÖKK298I/08.23