

Notifica Indipendente come occupazione principale

Azienda n.

Contratto n. /

per la previdenza professionale di
lavoratori indipendenti (art. 44 LPP)

Persona assicurata

Cognome

Nome

Numero AVS

Via, NPA e località

Data di nascita

Sesso

m f

Stato civile

celibe/nubile

divorziato/a

N. di telefono

coniugato/a dal

in unione domestica registrata

Indirizzo e-mail

vedovo/a

in unione domestica sciolta per decesso

Indirizzo e-mail

vedovo/a

in unione domestica sciolta giudizialmente

Dati sul rapporto di previdenza

Variante di piano

Piano SFF «Famiglia»

Piano SFS «Single»

L'aliquota contributiva per l'assicurazione di rischio e le spese amministrative ammonta al (in % del salario annuo notificato):

Piano SFS «Single»

uomini e donne 4,2%

Piano SFF «Famiglia»

uomini e donne 3,8%

I contributi eccedenti vengono accreditati sul conto di vecchiaia.

Assicurazione

Inizio dell'assicurazione

Salario annuo da assicurare presso la vfa per l'assicurazione in caso di decesso e invalidità (contributi fissi conformemente ad a) - e) o contributo a libera scelta conformemente a f), minimo CHF 10 000.-)

a) CHF 10 000.-

b) CHF 20 000.-

c) CHF 30 000.-

d) CHF 40 000.-

e) CHF 50 000.-

f) CHF

- Dovrebbe corrispondere all'incirca al probabile reddito conseguito (escluso il reddito già assicurato altrove).

- Il salario annuo notificato può essere adeguato di volta in volta a inizio anno.

Capacità lavorativa

Il modulo «Complemento alla notifica» va sempre compilato.

Pagamento dei contributi

Per il libero professionista i contributi vengono versati posticipatamente a cadenza trimestrale dai vari datori di lavoro alla fondazione di previdenza.

Qualora i contributi pervenuti non siano sufficienti per pagare il contributo di rischio per l'assicurazione del salario notificato, un eventuale importo residuo viene addebitato al libero professionista/lavoratore indipendente. Nel caso in cui tale importo non venga saldato, la fondazione di previdenza può sospendere, mediante notifica scritta, la copertura previdenziale a partire dalla data in cui sono stati versati gli ultimi contributi per l'affiliato.

Il lavoratore indipendente versa autonomamente i propri contributi.

Durata dell'adesione

Il presente accordo ha validità illimitata nel tempo e può essere disdetto di volta in volta per la fine del mese successivo.

Per il resto fanno stato le disposizioni del vigente regolamento della fondazione di previdenza.

Firma

Data

Firma della persona assicurata

Inviare a

vorsorgestiftung film und audiovision
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur

Complemento alla notifica

Azienda n. _____
 Contratto n. _____ / _____

Persona assicurata	Cognome	Nome	Numero AVS	
	Via, NPA e località		Data di nascita	Sesso
	Attività lucrativa attuale		<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> f
Reperibilità	Indirizzo e-mail privato		N. di telefono	
	Altezza (cm)	Peso (kg)		

Domande sullo stato di salute Vengono presi in considerazione gli **ultimi 5 anni** prima dell'inizio dell'assicurazione o dell'aumento della prestazione. Le risposte affermative vanno integrate con i dettagli richiesti.

Dettagli	1. All'inizio dell'assicurazione o al momento dell'aumento della prestazione era totalmente o parzialmente inabile al lavoro?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	Dispone di una decisione AI? Se dispone di una decisione AI, voglia allegarla. Altrimenti allegli i conteggi dell'assicurazione contro gli infortuni o delle indennità giornaliere in caso di malattia, se disponibili.	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	2. Attualmente è affetto da disturbi della salute di qualsiasi genere o dalle conseguenze di un infortunio o una malattia?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	Quali _____ Da quando _____	guarito	non guarito
	Medici/ospedali (nome e indirizzo) _____	<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
	3. Ha sofferto o soffre di uno o più di questi disturbi o danni alla salute: artrosi, asma, malattie degli occhi, bronchite, ipertensione arteriosa, colesterolo alto, malattie cardiache, cancro, paralisi, sclerosi multipla, una diminuzione della vista/dell'udito non corretta, malattie o disturbi psichici, dolori reumatici, disfunzioni ghiandolari o della tiroide, ictus, patologie a carico della colonna vertebrale, diabete o altre malattie, disturbi o sintomi qui non elencati?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	Quali _____ Da quando a quando _____	guarito	non guarito
	Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo) _____	<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
	Quali _____ Da quando a quando _____	guarito	non guarito
	Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo) _____	<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
	Quali _____ Da quando a quando _____	guarito	non guarito
	Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo) _____	<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*

* 1 = guarito/tutto nella norma/trattamento concluso

* 2 = non guarito/non nella norma/in trattamento o sotto controllo

4. Ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per più di 2 settimane a causa di malattia o infortunio?		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Perché	Da quando a quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Perché	Da quando a quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
5. Viene o è stato sottoposto per più di 4 settimane a controlli o trattamenti medici, chiropratici o psicologici oppure necessita, assume o assumeva regolarmente medicinali, antidolorifici, calmanti, sedativi o droghe?		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Per quali motivi è o è stato in trattamento/sotto controllo	Da quando a quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Quali medicinali, ecc.	Da quando a quando	Quale quantità a settimana	
.....		
Per quali motivi è o è stato in trattamento/sotto controllo	Da quando a quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Quali medicinali, ecc.	Da quando a quando	Quale quantità a settimana	
.....		
6. Sono stati condotti esami, ad es. controlli, radiografie, ECG, test HIV, ecc., che non hanno prodotto esiti nella norma? (non devono essere indicate le analisi genetiche)		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Quali	Quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Quali	Quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
7. Ha dovuto subire un intervento (ambulatoriale o con degenza) o un tale intervento è previsto/raccomandato?		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Quali	Quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Quali	Quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
8. Quale medico (anche chiropratico, psicoterapeuta) conosce meglio il suo stato di salute?			
Cognome	Nome	NPA e località	
.....		
.....			

* 1 = guarito/tutto nella norma/trattamento concluso

* 2 = non guarito/non nella norma/in trattamento o sotto controllo

Dati Presso il suo ultimo datore di lavoro è stato assicurato nell'ambito di una previdenza professionale? Sì No
supplementari In caso affermativo, voglia fornire le seguenti informazioni aggiuntive
in caso di
cambiamento Ditta o istituto di previdenza Via, NPA e località
del posto di lavoro

Da parte della precedente cassa pensione è stata espressa una riserva sul suo stato di salute? Sì No
(se sì, allegare una copia della riserva)

Osservazioni

Dichiarazione Dichiaro di esonerare dal segreto professionale tutti i medici, psicoterapeuti, fisioterapisti, chiropratici, gli ospedali, gli assicuratori per infortuni e malattie nonché il mio precedente istituto di previdenza ai quali il Servizio medico di AXA Vita SA dovesse rivolgersi, ora o in futuro, per ottenere informazioni sul mio stato di salute e/o la mia precedente copertura previdenziale.

Confermo inoltre di essere stato informato che la copertura assicurativa dipende dalla veridicità delle indicazioni precedenti e che, in caso di indicazioni non veritiere, AXA Vita SA ha il diritto di recedere dall'assicurazione conformemente alle disposizioni legali.

Firma Data Firma della persona assicurata

Inviare a vorsorgestiftung film und audiovision
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur