

# Notifica

Azienda n.

Contratto n. /

**per la previdenza professionale di liberi professionisti (art. 46 LPP) e lavoratori indipendenti (art. 44 LPP)**

Indipendente come occupazione accessoria  
 Libero professionista

<b>Persona assicurata</b>	Cognome	Nome	Numero AVS	
	Via, NPA e località		Data di nascita	Sesso
<b>Stato civile</b>	<input type="checkbox"/> celibe/nubile	<input type="checkbox"/> divorziato/a	N. di telefono	
	<input type="checkbox"/> coniugato/a dal	<input type="checkbox"/> in unione domestica registrata	Indirizzo e-mail	
	<input type="checkbox"/> vedovo/a	<input type="checkbox"/> in unione domestica sciolta per decesso		
		<input type="checkbox"/> 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 3,2%
Piano SFF «Famiglia»	uomini e donne 2,8%

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.

**Il lavoratore indipendente versa autonomamente i propri contributi.** 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.

**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  
 c/o Allvisa Services AG  
 Postfach  
 8027 Zürich

## Complemento alla notifica

Azienda n. \_\_\_\_\_  
 Contratto n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<b>Persona assicurata</b>	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.

<b>Dettagli</b>	<b>1.</b> 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
<b>2.</b> Attualmente è affetto da disturbi della salute di qualsiasi genere o dalle conseguenze di un infortunio o una malattia?	Quali	Da quando	guarito    non guarito
	Medici/ospedali (nome e indirizzo)		<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
<b>3.</b> 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 <b>non</b> 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?	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

<b>4. Ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per più di 2 settimane a causa di malattia o infortunio?</b>		<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)			
.....			
<b>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?</b>		<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	
.....		.....	
<b>6. Sono stati condotti esami, ad es. controlli, radiografie, ECG, test HIV, ecc., <b>che non hanno prodotto esiti nella norma?</b> (non devono essere indicate le analisi genetiche)</b>		<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)			
.....			
<b>7. Ha dovuto subire un intervento (ambulatoriale o con degenza) o un tale intervento è previsto/raccomandato?</b>		<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)			
.....			
<b>8. Quale medico (anche chiropratico, psicoterapeuta) conosce meglio il suo stato di salute?</b>			
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 Allvisa Services 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, Allvisa Services SA ha il diritto di recedere dall'assicurazione conformemente alle disposizioni legali.

**Firma**

Data

Firma della persona assicurata

**Inviare a** **Vorsorgestiftung Film und Audiovision**  
**c/o Allvisa Services AG**  
**Postfach**  
**8027 Zürich**