

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

Persona assicurata	Cognome	Nome	Numero AVS
	Via, NPA e località		Data di nascita Sesso
Stato civile	<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 L'aliquota contributiva per l'assicurazione di rischio e le spese amministrative ammonta al (in % del salario annuo notificato):

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), mi-nimo 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, il 12% del salario soggetto all'AVS deve essere versato trimestralmente alla fondazione di previdenza dai vari datori di lavoro.

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.

Persona assicurata	Cognome	Nome	Numero AVS	
	Via, NPA e località		Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f
Reperibilità	Attività lucrativa attuale			
	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 <input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
	Medici/ospedali (nome e indirizzo)		
	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 <input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
	Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo)		
	Quali	Da quando a quando	guarito non guarito <input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
	Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo)		
	Quali	Da quando a quando	guarito non guarito <input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
	Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo)		

* 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 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