

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 _____

_____ 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.-)

- 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.

- a) CHF 10 000.-
- b) CHF 20 000.-
- c) CHF 30 000.-
- d) CHF 40 000.-
- e) CHF 50 000.-
- f) CHF _____

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**
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
	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?	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?	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**
c/o Allvisa Services AG
Postfach
8027 Zürich