

Iscrizione all'adesione nella previdenza professionale

Prego indicare con X ciò che conviene.

Contratto _____ Nome del datore di lavoro _____

Persona da assicurare	Cerchia delle persone (per BusinessForte ^{PMI}) _____	
Cognome _____	Nome _____	
Via/n. _____	NPA/luogo _____	
Data di nascita _____	N. AVS _____	
Sesso <input type="checkbox"/> maschile <input type="checkbox"/> femminile	Lingua <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I	
Stato civile <input type="checkbox"/> nubile/celibe <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> unione domestica registrata <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a		
Coniuge* Cognome _____	Nome _____	
Data di nascita _____	Data matrimonio/registrazione _____	
Entrata nella ditta _____	Indipendente <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Inizio assicurativo _____	Salario annuo CHF _____	Grado d'impiego _____%

*In caso d'esistenza di un legame di convivenza non registrato vi preghiamo di compilare il formulario "Rendita per partner" che può essere richiesto presso la PAX, Fondazione collettiva LPP.

Indicazioni complementari sulla persona da assicurare

	Sì	No
1. Siete in cura medica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La vostra capacità di guadagno è ridotta?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avete fatto richiesta di prestazioni d'incapacità di guadagno presso l'assicurazione d'invalidità (incl. istituzioni analoghe estere) o assicuratori privati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il precedente istituto di previdenza ha apportato una riserva d'assicurazione? (in caso affermativo p.f. allegare copia della lettera di riserva in una busta chiusa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Il precedente istituto di previdenza ha apportato un supplemento per il rischio? (in caso affermativo p.f. allegare indicazioni più dettagliate in una busta chiusa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- * Una persona da assicurare non è pienamente capace di guadagnare, se
- ha dovuto assentarsi completamente o parzialmente dal lavoro per ragioni di salute,
 - percepisce indennità giornaliera per malattia o infortunio,
 - è iscritta presso un'assicurazione statale per l'invalidità (anche non svizzera),
 - percepisce una rendita per invalidità totale o parziale oppure
 - per ragioni di salute non può più lavorare pienamente secondo la sua formazione e le sue capacità.

Per l'ammissione nella previdenza, **le seguenti persone da assicurare devono presentare additionally** le informazioni personali sul formulario messo a disposizione dalla Fondazione:

- persone che **non devono essere obbligatoriamente** assicurate secondo la LPP ,
- persone che hanno risposto **Sì** ad una delle **domande 1-5** summenzionate, oppure
- **BusinessComfort^{PMI} / BusinessForte^{PMI}**: persone con un salario annuo che supera il triplo della rendita semplice massima AVS di vecchiaia (CHF 79'560 / stato gennaio 2007) e che non richiedono l'ammissione ad un piano LPP-minimo oppure LPP-I del BusinessComfort^{PMI} rispettivamente LPP-1 o LPP-2 del BusinessForte^{PMI} oppure
- **BusinessTop^{PMI}**: persone con un salario annuo che supera CHF 200'000.

Le prestazioni d'uscita e crediti su conti o polizze di libero passaggio sono da trasferire dall'istituto di previdenza precedente sul conto postale 80-132-7 della PAX, Società svizzera di assicurazione sulla vita SA, 4002 Basilea.

La completezza e l'esattezza delle indicazioni fatte vengono confermate tramite:

Luogo/data _____ **Firma della persona da assicurare** _____ **Firma del datore di lavoro** _____