

## Richiesta di affiliazione per lavoratore autonomo

### DATI PERSONALI PRIVATI

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sesso  F  M

Via, n° \_\_\_\_\_

Codice postale, località \_\_\_\_\_

N° AVS 756. \_\_\_\_\_

Stato civile  celibe/nubile  coniugato  unione domestica registrata  divorziato/a  vedovo/a

Data del matrimonio \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data di nascita del coniuge \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### DATI PROFESSIONALI

Via, n° \_\_\_\_\_

c/o \_\_\_\_\_

Codice postale, località \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Specializzazione \_\_\_\_\_

La sua professione medica è riconosciuta dall'Ufficio federale della sanità pubblica?

sì  no

Da quanto tempo lavora in proprio?

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Impiega del personale?

sì  no

Se sì, a quale istituto di previdenza è affiliato il suo personale?

Selezionate il vostro indirizzo di corrispondenza :  indirizzo personale  indirizzo professionale



## INFORMAZIONI RIGUARDANTI L'ASSICURAZIONE

Inizio dell'affiliazione (possibile solo all'inizio di un mese) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Salario annuo annunciato CHF \_\_\_\_\_

Tasso di occupazione \_\_\_\_\_ %

Piano di previdenza (indicare il n. dell'offerta o la nomenclatura del piano) \_\_\_\_\_

Periodicità della fatturazione dei contributi  mensile  trimestrale  semestrale  annuale

Desidera affiliare il suo personale alla Fondazione AROMED?  sì  no

*Se sì, per ogni dipendente, allegare il modulo di affiliazione per lavoratore dipendente*

Dispone di una prestazione di libero passaggio presso un altro istituto di previdenza?  sì  no

Nome e indirizzo del precedente istituto di previdenza:  
\_\_\_\_\_

Ha effettuato un prelievo nell'ambito dell'accesso alla proprietà?  sì  no

*Se sì, l'importo CHF \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_*

Nome del consulente \_\_\_\_\_

Timbro e firma del consulente \_\_\_\_\_

## DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Ammissione all'Associazione dei medici della Svizzera romanda (AROMED)
- Certificato di affiliazione del fondo di compensazione AVS
- Modulo di dichiarazione di salute
- Modulo per la scelta del piano
- Offerta firmata
- Mandato di intermediazione



## CONDIZIONI DI AFFILIAZIONE

1. Con il presente modulo, il datore di lavoro si affilia alla Fondazione di previdenza professionale in favore di AROMED.
2. La natura, la portata e il finanziamento delle prestazioni da assicurare sono definiti nel/ni regolamento/i di previdenza. Quest'ultimo/Questi ultimi fa/fanno parte integrante del contratto, così come il contratto di assicurazione collettiva sulla vita stipulato dalla Fondazione (art. 1 cpv. 2 del regolamento).
3. Se un premio non viene versato in tempo, si applica la mora secondo le condizioni generali dell'assicurazione collettiva sulla vita (CGA).
4. Il presente contratto è valido fino alla fine del terzo anno civile completo successivo alla data di entrata in vigore (inizio dell'assicurazione).
5. Salvo in caso di preavviso di risoluzione almeno sei mesi prima della sua scadenza, il contratto si rinnova di anno in anno con lo stesso periodo di preavviso.
6. In caso di mancata esecuzione degli obblighi di cui sopra, la Fondazione può risolvere il contratto in qualsiasi momento con effetto immediato.

### Affiliazione con personale

7. La risoluzione del contratto è comunicata dalla Fondazione all'autorità di vigilanza competente.
8. Il datore di lavoro si impegna a notificare alla Fondazione tutti i dipendenti da assicurare e a fornirle tutte le informazioni e i documenti necessari per l'applicazione dell'assicurazione.
9. Il datore di lavoro si impegna a pagare i contributi (premi) previsti dal regolamento di previdenza.
10. L'istituzione di conto contributivo obbligatorio con il personale assicurato è di competenza del datore di lavoro.

---

Luogo e data

Cognome, nome

Firma del medico

---

Luogo e data

Fondazione di previdenza professionale in favore di AROMED  
(per accettazione)

*I suoi dati personali sono trattati in conformità all'informativa sulla privacy disponibile su <https://aromed.ch/it/informativa-sulla-privacy/>. L'informativa sulla privacy descrive in particolare i suoi diritti in relazione al trattamento dei dati e le informazioni di contatto del nostro consulente della protezione dei dati.*

