

Richiesta di affiliazione per lavoratore autonomo

DATI PERSONALI PRIVATI

Cognome	_____	Nome	_____
Data di nascita	____ / ____ / ____	Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Via, n°	_____	Codice postale, località	_____
N° AVS	756. _____		
Stato civile	<input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato <input type="checkbox"/> unione domestica registrata <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> 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 ☐ annualeDesidera 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 ☐ noNome 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/nei 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.

