

Richiesta di affiliazione per persona giuridica (SA/Sàrl)

DATI DELLA PERSONA GIURIDICA

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

Telefono _____ E-mail _____

Nome e cognome della persona responsabile _____

DATI PROFESSIONALI (Indirizzo di corrispondenza)

Via, n° _____ Codice postale, località _____

Telefono _____ E-mail _____

INFORMAZIONI RIGUARDANTI L'ASSICURAZIONE

Impiega del personale? ☐ sì ☐ no

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

Desidera affiliare il suo personale alla Fondazione AROMED? ☐ sì ☐ no

Se sì, esistono prestazioni per la vecchiaia, l'invalidità o l'inabilità al lavoro? ☐ sì ☐ no

Inizio dell'affiliazione *(possibile solo all'inizio di un mese)* _____ / _____ / _____

Periodicità della fatturazione dei contributi ☐ mensile ☐ trimestrale ☐ semestrale ☐ annuale

Nome del consulente _____

Timbro e firma del consulente _____



DOCUMENTI DA ALLEGARE

- ☐ Estratto del registro di commercio della persona giuridica
- ☐ Modulo di richiesta di affiliazione per ogni dipendente Modulo
- ☐ Modulo per la scelta del piano
- ☐ Determinazione del principio di collettività (nel caso di diversi piani previdenziali)
- ☐ Offerta firmata (se disponibile)
- ☐ 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.
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

Timbro e firma del datore di lavoro

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.

