

## Richiesta di affiliazione per lavoratore dipendente

N. di affiliazione: \_\_\_\_\_ Nome del datore di lavoro/medico: \_\_\_\_\_

### DATI PERSONALI DEL DIPENDENTE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sesso ☐ F ☐ M

Via, n° \_\_\_\_\_ Codice postale, località \_\_\_\_\_

No AVS 756. \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

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

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

### 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, la nomenclatura del piano o la categoria del personale)

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

### FIRMA/E

**Il sottoscritto datore di lavoro conferma che le informazioni di cui sopra sono esatte e complete.**

Luogo e data

Timbro e firma/e del datore di lavoro



N. di affiliazione: \_\_\_\_\_

Nome del datore di lavoro/medico: \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI SALUTE (DA COMPILARE DA PARTE DELLA PERSONA DA ASSICURARE)**

Al momento dell'affiliazione, gode della sua piena capacità di lavoro? ☐ sì ☐ no

Soffre o ha sofferto negli ultimi 5 anni di un problema di salute o delle conseguenze di un infortunio, di una malattia o di una disabilità congenita? ☐ sì ☐ no

Riceve prestazioni in ragione di un'incapacità di guadagno da un'assicurazione nazionale o estera (AI, LAMal, LAINF, LPP) o è stata presentata una richiesta? ☐ sì ☐ no

Se sì, tasso di invalidità: \_\_\_\_\_ % Da quando? (allegare decisione) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Esisteva una riserva per motivi di salute con il suo precedente istituto di previdenza? ☐ sì ☐ no

**FIRMA**

**La persona da assicurare conferma che le informazioni di cui sopra sono esatte e complete.**

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Cognome, nome

\_\_\_\_\_  
Firma del/dei dipendente/i

*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.*

