

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



AROMED la Fondazione di
previdenza professionale

Route des Avouillons 30
CH-1196 Gland

T. +41 (0)22 365 66 67
F. +41 (0)22 361 50 25

info@aromed.ch
www.aromed.ch

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 noSoffre 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 noRiceve 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.

AROMED la Fondazione di
previdenza professionaleRoute des Avouillons 30
CH-1196 GlandT. +41 (0)22 365 66 67
F. +41 (0)22 361 50 25info@aromed.ch
www.aromed.ch