

Avviso di uscita per lavoratore autonomo

N. di affiliazione: _____

Datore di lavoro / Medico indipendente: _____

DATI PERSONALI PRIVATI

Cognome _____

Nome _____

Via, n° _____

Codice postale, località _____

Stato civile celibe/nubile coniugato/a unione domestica registrata

divorziato/a vedovo/a

Telefono _____

E-mail _____

INDICAZIONI RIGUARDANTI L'USCITA

Data di uscita (*L'uscita è possibile solo alla fine di un mese*) _____ / _____ / _____

Qual è il motivo della sua uscita? Risoluzione di fine anno Cessazione dell'attività indipendente Pensionamento

La persona assicurata gode pienamente della sua capacità di lavoro alla data di uscita?

sì no*

Se no, l'incapacità di lavoro è iniziata il:

_____ / _____ / _____

* *Si prega di allegare il modulo di dichiarazione d'incapacità di lavoro*

Desidera rimanere membro dell'Associazione dei medici della Svizzera romanda (AROMED)? sì no

DOCUMENTI DA ALLEGARE A SECONDA DEL MOTIVO DELL'USCITA

Risoluzione di fine anno

La risoluzione non può avvenire prima della fine del terzo anno civile completo successivo alla data di entrata in vigore (inizio dell'assicurazione). Il termine di risoluzione è di 6 mesi per la fine di un anno. Allegare:

Modulo di risoluzione AROMED

Cessazione dell'attività indipendente

1. Cesso la mia attività lucrativa indipendente e inizio un'attività come lavoratore dipendente con un nuovo datore di lavoro che non è affiliato alla Fondazione AROMED. Allegare:

Certificato di conferma della cessazione dell'attività indipendente della cassa di compensazione AVS



2. Creo una società (Sàrl o S.A.) e desidero affiliarla (con o senza personale) alla Fondazione AROMED. Allegare :

- Certificato di conferma della cessazione dell'attività indipendente della cassa di compensazione AVS
- Estratto del registro di commercio della persona giuridica
- Modulo di affiliazione AROMED per persone giuridiche
- Modulo di affiliazione AROMED per ogni dipendente da affiliare

Pensionamento

Il diritto al pensionamento anticipato inizia il 1° giorno successivo alla cessazione dell'attività lucrativa, a condizione che l'assicurato abbia compiuto 58 anni. In caso di prosecuzione dell'attività lucrativa oltre l'età ordinaria di pensionamento, l'assicurato può richiedere il mantenimento della previdenza, ma al massimo fino al compimento del 70° anno di età. Allegare:

- Modulo di pensionamento AROMED

COORDINATE BANCARIE PER IL VERSAMENTO AL NUOVO ISTITUTO DI PREVIDENZA / LIBERO PASSAGGIO**Trasferimento a un istituto di previdenza o di libero passaggio:**

Nome dell'istituto di previdenza _____

Indirizzo _____

Nome e indirizzo della banca _____

IBAN / Numero di conto _____

Nome / Indirizzo del nuovo datore di lavoro _____

N. di riferimenti/polizza/conto _____

Si prega di allegare una polizza di versamento o un documento relativo al trasferimento della prestazione di uscita proveniente dal nuovo istituto di previdenza.

FIRMA DEL LAVORATORE AUTONOMO

Il sottoscritto lavoratore autonomo conferma che le informazioni di cui sopra sono esatte e complete.

Luogo e data _____

Firma del medico _____

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

