

## Avviso di uscita per lavoratore dipendente

(da far compilare e firmare dal datore di lavoro)

N. di affiliazione: \_\_\_\_\_ Datore di lavoro / Medico indipendente: \_\_\_\_\_

### DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO

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

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

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

Si tratta di un pensionamento? ☐ sì ☐ no  
Se sì, la persona assicurata deve consegnarci il modulo di pensionamento AROMED

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

### UTILIZZO DELLA PRESTAZIONE DI LIBERO PASSAGGIO (OPZIONALE)

Sa a quale istituto di previdenza o di libero passaggio si deve trasferire la prestazione di uscita dell'assicurato uscente? ☐ sì ☐ no

**Se no**, la Fondazione AROMED si occuperà di contattare l'assicurato uscente.

**Se sì**, ci comunichi le coordinate del nuovo istituto compilando la pagina 2 del presente modulo e facendolo firmare dall'assicurato uscente.

### FIRMA DEL DATORE DI LAVORO

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

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

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del datore di lavoro



**COORDINATE BANCARIE PER IL VERSAMENTO AL NUOVO ISTITUTO DI PRE-  
VIDENZA / 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 DELL'ASSICURATO USCENTE**

\_\_\_\_\_  
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.*

