

## 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



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

**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 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.*

