

**Previdenza professionale**  
**Iscrizione all'assicurazione collettiva**  
**Modulo per nuovi contratti**

Ditta \_\_\_\_\_

N. contratto\* \_\_\_\_\_ N. assicurato\* \_\_\_\_\_

Categoria  Tutti i dipendenti  Quadri  \_\_\_\_\_

\* Questi dati possono essere aggiunti da Allianz Suisse Vita

**Persona da assicurare**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Via, n. \_\_\_\_\_

NPA, luogo \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

N. AVS \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

 donna  uomo

Attività professionale \_\_\_\_\_

 celibe/nubile  divorziato/a<sup>1</sup> vedovo/a<sup>1</sup> coniugato/a dal \_\_\_\_\_ convivente in unione domestica registrata dal \_\_\_\_\_ tedesco  francese  italiano  ingleseData inizio del **rapporto di lavoro** \_\_\_\_\_Data di decorrenza dell'**assicurazione** \_\_\_\_\_

Grado di occupazione \_\_\_\_\_%

(compilare solo se la data non coincide con quella di inizio del rapporto di lavoro)

Salario annuo AVS CHF \_\_\_\_\_

(indicare il salario per l'intero anno civile anche se il contratto di lavoro è iniziato in corso d'anno)

Negli ultimi 3 anni ha dovuto sospendere per motivi di salute interamente o parzialmente la Sua attività lavorativa per più di 2 settimane?

 sì  no Se **sì**, trasmettere il questionario sullo stato di salute debitamente compilato.

Ha diritto a rendite di un'assicurazione sociale (ad es. AI, LAINF, LAM, cassa pensione) o ha presentato relativa domanda?

 sì  no Se **sì**, trasmettere il questionario sullo stato di salute debitamente compilato e le copie dei relativi documenti (decisioni).

L'assicurazione AI ha decurtato o soppresso la Sua rendita AI dopo il 31/12/2011 con effetto dal 01/01/2012 o da una data successiva?

 sì  no Se **sì**, fare riferimento alle informazioni contenute nella scheda informativa dedicata alle 6<sup>a</sup> revisione AI:  
[www.allianz.ch/lpp-documentazione](http://www.allianz.ch/lpp-documentazione)**Trasferimento della prestazione di libero passaggio**

Precedente datore di lavoro (nome, indirizzo) \_\_\_\_\_

Precedente istituto di previdenza (nome, indirizzo, contratto) \_\_\_\_\_

Averi di libero passaggio presso banche o \_\_\_\_\_

assicurazioni (indicare nome, indirizzo, n. polizza o di conto) \_\_\_\_\_

 Non esistono averi di libero passaggio da trasferire ad Allianz Suisse.

Allianz Suisse Società di Assicurazioni sulla Vita SA (AS Vita) chiederà all'assicuratore precedente il trasferimento degli averi di libero passaggio in base ai dati sopra riportati, il che comporta un aumento della Sua copertura assicurativa.

L'assicurando accetta il regolamento che disciplina la tutela previdenziale in oggetto. L'assicurando autorizza il datore di lavoro a comunicare all'istituto di previdenza, al momento della cessazione del rapporto di lavoro, le modalità di impiego del trattamento di fine rapporto ai fini del mantenimento della garanzia previdenziale. In caso di mancata comunicazione entro un mese dalla cessazione del rapporto, sarà l'istituto di previdenza a decidere, sulla base del regolamento, in merito al mantenimento della copertura previdenziale; il lavoratore dimissionario ne sarà informato a mezzo del modulo di uscita o in altra forma. Tali autorizzazioni si intendono revocabili in qualsiasi momento.

 **Non** accetto queste condizioni.<sup>2</sup>

Firmando la presente, i sottoscritti confermano la correttezza e la completezza dei dati comunicati e prendono atto che la garanzia assicurativa dipende dalla correttezza dei dati forniti e che, in caso di violazione dell'obbligo di informazione, può essere rifiutata o ridotta l'erogazione delle prestazioni della componente sovraobbligatoria ovvero extra-obbligatoria.

A prescindere dalle risposte fornite alle domande di cui alla precedente sezione "Persona da assicurare", l'assicurando autorizza AS Vita e l'istituto di previdenza a reperire presso Allianz Suisse Società di Assicurazioni SA (ASA), ai fini della verifica della proposta, i dati personali raccolti in relazione ad assicurazioni collettive di indennità giornaliera di malattia e/o assicurazioni infortuni richieste o in essere presso ASA.

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

Timbro / Firma del datore di lavoro o della fondazione \_\_\_\_\_

Firma della persona da assicurare \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Ciò vale per analogia sia per le coppie coniugate che per le coppie in unione domestica registrata.<sup>2</sup> In tal caso la prestazione di uscita sarà trasferita alla Fondazione istituto collettore LPP non prima di 6 mesi e non oltre 2 anni dalla cessazione del rapporto di lavoro.