

Valido dal: 1.10.2018

Proposta per la conclusione
di un'assicurazione nell'ambito della previdenza professionale
Gruppo superiore LPP della federazione per professioni non accademiche di medicina
Adesione alla Fondazione collettiva LPP Swiss Life, Zurigo

Consulente:			
Piano di previdenza:			
Periodo d'attesa AI:		Durata contrattuale:	3 anni

1. Parte contraente

Contraente: _____

Datore di lavoro (definizione ufficiale, in caso di obbligo di registrazione, allegare estratto del registro di commercio o Teledata)

Ragione sociale: _____

(per impresa individuale indicare nome del proprietario)

Forma giuridica: _____

Diritto all'assicurazione
LPP art. 44 / al. 1:

I lavoratori autonomi possono aderire
alla fondazione collettiva LPP Swiss Life
solo insieme ai loro dipendenti iscritti
all'AVS.

È adempiuto

Lingua del contratto:

italiano

francese

tedesco

inglese

Indirizzo della sede	
Persona di contatto:	_____
c/o:	_____
Via, n.:	_____
Casella postale:	_____
NPA, luogo:	_____
n. tel.:	_____
E-mail:	_____@_____
Indirizzo per la corrispondenza (se differisce da quello di domicilio)	
Persona di contatto:	_____
c/o:	_____
Via, n.:	_____
Casella postale:	_____
NPA, luogo:	_____
n. tel.:	_____
E-Mail:	_____@_____

2. Informazioni sul rapporto contrattuale

- a) **Esistono già contratti d'assicurazione collettiva sulla vita con Swiss Life?** sì no

Contratto n.: _____

- b) **Sussiste un'indennità giornaliera malattia che durante 24 mesi - eventualmente a complemento dell'AI - copre almeno l'80% del salario perso?** sì no

In caso affermativo, inserire il nome dell'assicuratore
indennità giornaliera malattia: _____

- c) **Con quale cassa di compensazione AVS il datore di lavoro effettua il conteggio?**

- d) **Sorgere della relazione di affari**

Costituzione di una nuova ditta

Personale per la prima volta assoggettato alla LPP
(inizio del contratto posteriore alla data di costituzione della ditta)

Cambiamento dell'istituzione di previdenza

Nome dell'attuale istituzione di previdenza / società
d'assicurazione: _____

Chi ha disdetto il contratto? _____

Data della disdetta del contratto? _____

Motivo della disdetta? _____

(Allegare una copia della conferma di disdetta)

Se l'attuale istituzione di previdenza non viene gestita da una società d'assicurazione,
occorre allegare il contratto di adesione relativo.

- e) **Occorre assicurare persone che durante gli ultimi 24 mesi sono state almeno parzialmente inabili al lavoro per un periodo ininterrotto di oltre 30 giorni o che presentano una malattia per la quale è prevista un'incapacità di guadagno relativamente lunga?** sì no

In caso affermativo, compilare la *Lista del personale IG*. Inoltre, per le persone ivi menzionate occorre inoltrare i formulari *Notifica* e *Esame dello stato di salute*.

- f) **Attualmente collaboratrici e collaboratori (anche ex collaboratori) o i loro parenti percepiscono prestazioni assicurate (esonero dal pagamento dei premi; rendite d'invalidità; rendite di vecchiaia; rendite per vedove; rendite per vedovi; rendite per conviventi) dall'opera di previdenza esistente?** sì no

In caso affermativo, allegare distinta delle rendite dall'attuale istituzione di previdenza.

- g) **Il datore di lavoro è membro di un'associazione professionale?** sì no

In caso affermativo, inserire il nome dell'associazione
professionale: _____

(La possibilità di adesione poggia sulla lista delle assicurazioni d'associazione).

- h) **Occorre tener conto del grado di occupazione delle persone impiegate a tempo parziale per il calcolo dei contributi e delle prestazioni?** sì no

3. Pagamento dei premi

Modalità di pagamento richiesta: Annuale Semestrale Trimestrale Mensile

Indipendentemente dalla modalità di pagamento auspicata la fatturazione è allestita **annualmente e prevede il pagamento anticipato.**

4. Nota (unicamente in caso di passaggio da un altro assicuratore)

Occorre richiedere presso l'attuale istituzione di previdenza i documenti necessari per il passaggio e far trasferire i fondi della previdenza professionale.

Luogo di pagamento: Swiss Life SA
Assicurazioni collettive
Casella postale
8022 Zurigo
IBAN: CH77 0900 0000 8000 0936 4

Scopo del pagamento: _____
(Indicare datore di lavoro e numero dell'offerta risp. del contratto)

5. Firme

La Sede centrale di Swiss Life comunica per iscritto se l'assicurazione collettiva richiesta è accettata o respinta. Il datore di lavoro, quale proponente, prende atto del fatto che il consulente non è autorizzato a esprimersi in maniera vincolante sul significato e sulla rilevanza di una malattia.

**Rappresentante
del datore di lavoro**

Cognome, nome

Luogo e data

Firma

Consulente

Cognome, nome

Luogo e data

Firma

Allegati

- Formulario Notifica*
- Lista del personale IG*
- Formulario Esame dello stato di salute*
- Distinta delle rendite dell'attuale istituzione di previdenza
- Confema di disdetta dell'attuale istituzione di previdenza
- Contratto di adesione dell'attuale istituzione di previdenza
- Estratto del registro di commercio o Teledata (se disponibile)