PRO MEDICO
Cassa pensioni delle professioni mediche

Pro Medico Fondazione
Löwenstrasse 25
Casella postale
8021 Zurigo

Telefono +41 44 224 20 60
Telefax +41 44 224 20 61
info@promedico.ch
www.promedico.ch

Notifica

Dati relativi al datore di lavoro / all'azienda

Nome	
Via, n.	
NPA, località	
Telefono	
Numero di contratto	

Dati sulla persona da assicurare

Cognome		Sesso	☐ Uomo ☐ Donna
Nome		Data di nascita	
Via, n.		N. ass. sociale	. . .
NPA, località		Stato civile	
Telefono privato		Se coniugata o in unione domestica registrata, dal	
E-mail			(data ufficiale)

Data d'inizio dell'assicurazione			N. di mensilità
Salario mensile lordo (dipendente)	CHF		☐ x 12 ☐ x 13
Grado di occupazione			
Categoria			

Da compilare solo se lavoratori indipendenti

Reddito annuo	CHF	
Data di avvio dell'attività lucrativa indipendente		
Eravate precedentemente subordinato al LPP?		☐ Si ☐ No
		Se si, dal al

Firma datore di lavoro

Luogo e data

Firma

Domande sullo stato di salute (da compilare a cura della persona da assicurare):

1. Negli ultimi 5 anni precedenti l'inizio della copertura assicurativa ha mai accusato disturbi alla salute che hanno provocato un'inabilità al lavoro totale o parziale per oltre 3 settimane, oppure soffre attualmente di problemi di salute?

☐ Sì ☐ No Se sì, quali?

2. Deve sottoporsi, attualmente o periodicamente, a cure o controlli presso un medico, uno psicoterapeuta o un chiropratico?

☐ Sì ☐ No Se sì, presso chi? (nome e indirizzo)

3. Assume regolarmente farmaci?

☐ Sì ☐ No Se sì, quali?
Medico curante / prescrivente (nome e indirizzo)

PRO MEDICO
Cassa pensioni delle professioni mediche

Pro Medico Fondazione
Löwenstrasse 25
Casella postale
8021 Zurigo

Telefono +41 44 224 20 60
Telefax +41 44 224 20 61
info@promedico.ch
www.promedico.ch

4. Sussiste una riserva per ragioni di salute di un istituto di previdenza precedente?

☐ Sì ☐ No Se sì, allegare copia.

5. Percepisce prestazioni ai sensi dell'AI federale, di LAM, LAINF, LPP, di un'assicurazione sociale estera o di un'altra assicurazione, oppure ha richiesto tali prestazioni?

☐ Sì ☐ No Se sì, da chi? _____

Grado di invalidità % _____ Prestazione annua CHF _____

Se ha risposto in modo affermativo ad almeno una delle domande da 1 a 5 la preghiamo di accludere alla presente notifica il modulo «Esame esteso dello stato di salute». Se sono presenti decisioni degli assicuratori indicati alla domanda 5, allegarle alla presente notifica unitamente ad eventuali conteggi di prestazioni.

Esame esteso dello stato di salute

Le seguenti persone da assicurare devono allegare alla notifica il modulo «Esame esteso dello stato di salute»:

- lavoratori indipendenti
- dipendenti con un salario annuo AVS superiore a CHF 120‘000

La Pro Medico Fondazione si riserva la facoltà di subordinare l'ammissione a questo esame esteso dello stato di salute o ad altri accertamenti medici.

Averi di libero passaggio

Dispone di averi di libero passaggio da precedenti istituti di previdenza? ☐ Sì ☐ No

Se sì: nome / indirizzo dei precedenti conti di previdenza o di libero passaggio.

_____

Costituzione in pegno o prelievo anticipato per la proprietà d'abitazioni

I suoi diritti alle prestazioni previdenziali sono (parzialmente) costituiti in pegno? ☐ Sì ☐ No

Ha effettuato un prelievo (parziale) anticipato delle sue prestazioni previdenziali? ☐ Sì ☐ No

Esonero dall'obbligo di segreto professionale o d'ufficio / Diritto alla consultazione degli atti

Se necessario per l'attuazione della previdenza del personale, la persona firmataria solleva l'assicurazione federale per l'invalidità, l'assicurazione militare, gli assicuratori contro gli infortuni, i precedenti istituti di previdenza, gli assicuratori malattia e gli assicuratori delle indennità giornaliere in caso di malattia, eventuali assicuratori esteri e i medici curanti dall'obbligo di segreto professionale o d'ufficio nei confronti della riassicurazione e dei servizi competenti della Pro Medico Fondazione e, laddove necessario, autorizza gli istituti e le persone qui elencati a fornire le informazioni necessarie e l'accesso agli atti. Vengono raccolte solo le informazioni necessarie e tutti i dati sono trattati con la massima riservatezza da parte della riassicurazione e della Pro Medico Fondazione. Tali dati servono unicamente al trattamento del contratto di previdenza e di assicurazione.

La persona firmataria prende atto che, nell'ambito delle disposizioni di legge vigenti, la Pro Medico Fondazione e la riassicurazione hanno la facoltà di ridurre o rifiutare le prestazioni in caso di dati errati o incompleti.

Firma della persona da assicurare

_____ _____

Luogo e data Firma

Si prega di inviare al seguente indirizzo: Pro Medico Fondazione, Löwenstrasse 25, casella postale, 8021 Zurigo