

## Notifica

### Dati relativi al datore di lavoro / all'azienda

Nome	<input type="text"/>
Via, n.	<input type="text"/>
NPA, località	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>
Numero di contratto	<input type="text"/>

### Dati sulla persona da assicurare

Cognome	<input type="text"/>	Sesso	<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna
Nome	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
Via, n.	<input type="text"/>	N. ass. sociale	<input type="text"/>
NPA, località	<input type="text"/>	Stato civile	<input type="text"/>
Telefono privato	<input type="text"/>	Se coniugata o in unione domestica registrata, dal	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		(data ufficiale)

Data d'inizio dell'assicurazione	<input type="text"/>	N. di mensilità	
Salario mensile lordo (dipendente)	CHF <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> x 12 <input type="checkbox"/> x 13	
Grado di occupazione	<input type="text"/>		
Categoria	<input type="text"/>		

### Da compilare solo se lavoratori indipendenti

Reddito annuo	CHF <input type="text"/>
Data di avvio dell'attività lucrativa indipendente	<input type="text"/>

### 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)

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