

Notifica al piano di previdenza BV

Parte 1 – da compilare a cura del datore di lavoro

Compilare debitamente la parte 1, firmarla e trasmettere il documento al dipendente al fine che egli possa completare la parte 2. Per motivi di protezione dei dati sarà il dipendente a trasmettere la notifica completa all'istituto.

Datore di lavoro

Azienda n.

Nome dell'azienda

NPA, località

Persona assicurata

Numero AVS

Cognome, nome

Indirizzo

NPA, località

Data di nascita e sesso

femminile

maschile

Data d'entrata

Salario AVS annuo previsto in CHF

Piano di previdenza

BV1

BV2

BV3

BV4

BV5

Prestazione di libero passaggio

La prestazione di libero passaggio deve essere trasferita dal precedente istituto di previdenza sul nostro conto. Ulteriori informazioni possono essere richieste presso lo segretariato della cassa pensione.

Il datore di lavoro conferma la correttezza delle indicazioni di cui alla parte 1 della presente notifica.

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro

Notifica al piano di previdenza BV

Parte 2 – da compilare a cura del dipendente

Compilare debitamente la parte 2, firmarla e inviare la notifica completa direttamente (senza copia per conoscenza al datore di lavoro) a:
Cassa pensioni Musica e Educazione
Marktgasse 5
4051 Basilea

Nome dell'azienda

Numero AVS

Cognome, nome

Stato civile celibe/nubile coniugato/a divorziato/a vedovo/a

 unione registrata data di matrimonio/unione registrata GG.MM.AAAA

Conferma della capacità lavorativa:

Il dipendente conferma di essere attualmente:

totalmente abile al lavoro

parzialmente abile al lavoro

Rispondere alle domande supplementare in caso di:

- Incapacità parziale di lavoro
- Salario annuale di più di CHF 30'000

Domande sullo stato di salute della persona da assicurare

- | | | | | |
|--|------|--------------------------|----|--------------------------|
| 1. Lamenta attualmente postumi di una malattia o un infortunio? | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 2. Assume medicinali oppure è sotto trattamento o controllo medico? | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 3. Negli ultimi 5 anni ha sofferto di disturbi cardiaci, malattie dell'apparato circolatorio, ipertensione, tubercolosi, malattie degli organi respiratori, ulcere, tumori, cancro, presenza di albumina nell'urina, diabete, malattie renali, dello stomaco, della cistifellea o del fegato, delle articolazioni e della colonna vertebrale, epilessia, disturbi nervosi o depressivi, malattie degli occhi o dell'udito oppure di altre malattie o disturbi non menzionati in questa sede? | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 4. Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per un periodo ininterrotto di oltre 4 settimane a causa di una malattia o di un infortunio? | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 5. È stato sottoposto ad un test AIDS il cui esito è risultato positivo? (sieropositività) | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 6. Il suo attuale istituto di previdenza ha posto limitazioni per ragioni di salute (riserve, supplementi di premio, esclusioni, ecc.)? | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 7. Beneficia di una rendita versata dall'AI e/o dalla SUVA) | Si * | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
- * Si prega di allegare la documentazione

Qualora abbia risposto positivamente ad una delle suddette domande la preghiamo di fornirci le seguenti ulteriori indicazioni.

Quali malattie, disturbi, infermità, esami?

Dal - al?

Medici curanti, ospedali, ecc. (indicare l'indirizzo e il reparto/medici per gli ospedali)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Il sottoscritto autorizza la Cassa pensioni Musica e Educazione, nonché AXA e il suo riassicuratore, a procurarsi qualsiasi informazione utile ai fini dell'esame dell'ammissione e delle prestazioni assicurate direttamente presso medici curanti, enti assicurativi cui è stata affiliata la persona da assicurare, l'agenzia AI e la cassa di compensazione di relativa competenza. Il sottoscritto esonera con la presente tutte le parti interessate dall'obbligo del segreto professionale.

Egli inoltre prende atto che la Cassa pensioni Musica e Educazione declina qualsiasi responsabilità dovuta al ritardo della notifica o alle indicazioni incomplete o non veritiere da lui rilasciate.

Luogo e data

Firma del dipendente