



Pensionskasse Musik und Bildung  
Caisse de Pension Musique et Formation  
Cassa Pensioni Musica e Educazione

## Notifica al piano di previdenza BV

Prima parte – da compilare a cura del  
datore di lavoro

Compilare debitamente la prima parte, firmarla e consegnare l'intera documentazione al dipendente affinché compili la seconda parte. Per motivi di protezione dei suoi dati, il dipendente potrà inviarcì direttamente tutta la documentazione al completo. (Prima e seconda parte)

### 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 annuo AVS  
previsto in CHF

Piano di previdenza

BV1

BV2

BV3

BV4

BV5

### Prestazione di libero passaggio

La prestazione di libero passaggio deve esserci trasferita dal precedente istituto di previdenza. Per maggiori informazioni è possibile rivolgersi all'ufficio della cassa pensione.

Il datore di lavoro conferma la correttezza dei dati forniti sulla prima parte della presente notifica.

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro

# Notifica al piano di previdenza BV

## Seconda parte – da compilare a cura del dipendente

Compilare debitamente la seconda parte,  
firmarla e inviare la notifica completa  
direttamente (senza copia per conoscenza al  
datore di lavoro) alla:

Cassa pensioni Musica e Educazione  
Dufourstrasse 11  
4052 Basilea

Nome dell'azienda				
Numero AVS				
Cognome, nome				
E-Mail				
Stato civile	celibe/nubile <input type="checkbox"/>	coniugato/a <input type="checkbox"/>	divorziato/a <input type="checkbox"/>	vedovo/a <input type="checkbox"/>
	unione registrata <input type="checkbox"/>	data di matrimonio/unione registrata	<u>GG.MM.AAAA</u>	

### 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:

- un'incapacità parziale al lavoro
- un salario annuo superiore a CHF 30'000

### Domande sullo stato di salute della persona da assicurare

- |  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. Lamenta attualmente postumi di una malattia o un infortunio?  | Sì <input type="checkbox"/>   | No <input type="checkbox"/> |
| 2. Assume medicinali oppure è sotto trattamento o controllo medico?  | Sì <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? | Sì <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?   | Sì <input type="checkbox"/>   | No <input type="checkbox"/> |
| 5. È stato sottoposto ad un test AIDS il cui esito è risultato positivo? (sieropositività)   | Sì <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.)?  | Sì <input type="checkbox"/>   | No <input type="checkbox"/> |
| 7. Beneficia di una rendita versata dall'AI e/o dalla SUVA   | Sì * <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)


Il sottoscritto autorizza la Cassa pensioni Musica e Educazione e il riassicuratore a procurarsi qualsiasi informazione utile ai fini dell'esame dell'ammissione e delle prestazioni assicurate direttamente presso medici curanti, enti assicurativi a cui è stata affiliata la persona da assicurare nonché 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