ptv cpat

Pensionskasse der
Technischen Verbände
SIA STV BSA FSAI USIC

Caisse de Prévoyance
des Associations Techniques
SIA UTS FAS FSAI USIC

Postfach 1023
3000 Bern 14

T 031 380 79 60
F 031 380 79 43

info@ptv.ch
www.ptv.ch

Richiesta di affiliazione personale

Ditta no.: _____ Membro no.: **(lasciare in bianco)** _____

Ditta (nome): _____

Persona competente: _____ E-mail: _____

Via / no.: _____

CAP/ località: _____ / _____

Telefono: _____

Associazione professionale: ❑ SIA ❑ ATS ❑ FAS ❑ FSAI ❑ USIC ❑ SwissTnet

Offerta no.: _____

Persona da assicurare

Inizio dell'assicurazione: (01/16 di un mese) _____

Cerchia di persone (CP): _____ Lingua: _____

Cognome / Nome: _____

Indirizzo privato: _____ Località: _____

Data di nascita: _____ Sesso: ❑ uomo ❑ donna

AVS no.: 756. _____

Stato civile: _____ Data del matrimonio: _____

Attività lucrativa indipendente: ❑ Nuova affiliazione ❑ a titolo principale ❑ a titolo accessorio ❑ nessuna

Per gli indipendenti: Assoggettamento volontario LPP ❑ Sì

Indicazioni riguardanti il salario

Salario annuo AVS determinante (proiettato su un anno intero / corrispondente al grado d'occupazione effettivo)

CHF _____ Salario assicurato: CHF _____

Grado d'occupazione: _____ %

Piano assicurativo (da compilare solo in caso di nuove affiliazioni di ditte o modifiche del piano esistente)

Piano dei contributi (di seguito, una selezione di piani; ulteriori varianti di piano su richiesta al Segretariato)

❑ Piano normale con contributo di risparmio costante (per es. 10/12/14/16/18/20%): _____ %

❑ Piano normale con contributo di risparmio crescente

❑ 6/8/11/13% ❑ 8/10/12/14% ❑ 10/12/14/16%

❑ Piano LPP - salario assicurato limitato verso l'alto ❑ Sì ❑ No

❑ 7/10/15/18% ❑ 8/11/16/19%

❑ Piano di rischio (solo per la fascia d'età da 18 a 24 anni)

Quota dei contributi del datore di lavoro: _____ %

Deduzione di coordinamento in conformità al grado d'occupazione: ❑ Sì ❑ No

Termine d'attesa per la rendita d'invalidità: ❑ 6 mesi ❑ 24 mesi*

*OPP2, art. 26: ciò è possibile solo se l'indennità giornaliera dell'assicurazione contro le malattie ammonta almeno all'80% e le indennità giornaliere sono state finanziate almeno per la metà dal datore di lavoro.

Assicurazione complementare: Rendita minima d'invalidità in % del

❑ salario annuo lordo AVS ❑ salario assicurato Importo: ❑ 30% ❑ 40% ❑ 50% ❑ 60%

Conferma del datore di lavoro

Luogo e data: _____ Firma datore di lavoro: _____

ptv cpat

Datore di lavoro / Datrice di lavoro (ditta no. / membro no.): _____

La dichiarazione confidenziale, integralmente compilata e firmata, deve essere inoltrata alla CPAT entro 30 giorni. Grazie mille.

Dichiarazione confidenziale

1. Al momento attuale, gode di buona salute ed è pienamente abile al lavoro? ☐ Sì ☐ No
   Se ha risposto "No", per quale motivo? _____

2. Quanto è / sarà elevato lo sforzo fisico nel suo impiego attuale / futuro? ☐ leggero ☐ medio ☐ elevato

3. Ha usufruito durante gli ultimi cinque anni o usufruisce attualmente di assistenza medica e/o psicologica? ☐ Sì ☐ No
   In caso affermativo, per quale motivo? _____

   Ha assunto durante gli ultimi cinque anni o assume attualmente dei farmaci (durata di assunzione superiore a un mese?) ☐ Sì ☐ No
   In caso affermativo, per quale motivo? _____

   Nome e indirizzo della/e persona/e presso la/e quale/i lei è in cura (medici): _____

4. Durante gli ultimi cinque anni, ha dovuto interrompere la sua attività professionale per oltre 10 giorni o ha dovuto cambiare professione per ragioni di salute? ☐ Sì ☐ No
   In caso affermativo, per quale motivo? _____

   Nome e indirizzo della/e persona/e presso la/e quale/i lei è in cura (medici): _____

5. Attualmente, ci sono delle prestazione di previdenza soggette a una riserva medica? ☐ Sì ☐ No
   In caso affermativo, presso quale istituto di previdenza e per quale motivo? _____

6. Percepisce attualmente delle prestazioni d'invalidità? ☐ Sì ☐ No
   Ha beneficiato antecedentemente di prestazioni d'invalidità? ☐ Sì ☐ No
   In caso affermativo, quando e per quale motivo? _____

   Si è annunciato/a all'Assicurazione federale per l'invalidità (AI), all'assicurazione infortuni o a un istituto assicuratore estero? ☐ Sì ☐ No

   A quale stadio è la procedura? _____
   Nome/Indirizzo dell'assicuratore AI/AINF: _____

7. Ha effettuato presso un istituto di previdenza o di libero passaggio del 2°pilastro un prelievo anticipato di prestazioni per la proprietà d'abitazione e non lo ha ancora rimborsato? ☐ Sì ☐ No
   In caso affermativo: Importo del prelievo anticipato: _____ Data: _____

   - Costituito in pegno? ☐ Sì ☐ No
   In caso affermativo: Importo costituito in pegno: _____ Data: _____
   Nome creditore pignoratizio: _____

8. Negli ultimi tre anni antecedenti all'entrata nella nostra cassa pensione, ha effettuato conferimenti unici nella previdenza professionale o ne ha ricevuti dal datore di lavoro? ☐ Sì ☐ No
   In caso affermativo: Importo del conferimento: _____ Data: _____

9. Precedente datore di lavoro / datrice di lavoro
   Nome e indirizzo
   _____
   _____
   _____

   Precedente istituto di previdenza
   Nome e indirizzo
   _____
   _____
   _____

Il Servizio medico di fiducia della Cassa pensione delle associazioni tecniche SIA ATS FAS FSAI SIC (CPAT), la Health & Medical Service AG, Bollwerk 4, 3011 Berna, è autorizzato a richiedere informazioni sullo stato di salute della persona da assicurare all'entrata nell'assicurazione. La persona da assicurare svincola in tale contesto tutte le persone presso le quali è in cura (medici, psicoterapeuti, chiropratici) nonché gli istituti medici dal segreto professionale e tutte le altre compagnie di assicurazioni dall'obbligo del segreto.
La validità del rapporto d'assicurazione dipende dalla correttezza delle informazioni rilasciate. Informazioni errate possono indurre la CPAT a rifiutare le prestazioni o a ridurle al minimo LPP.

Luogo e data: _____

Firma della persona da assicurare: _____

Nome in stampatello: _____

E-mail / no. cellulare in caso di domande: _____