



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

## 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: \_\_\_\_\_

Datore di lavoro / Datrice di lavoro (nome o ditta no.): \_\_\_\_\_

## **DA COMPILARE E INOLTRE DALLA PERSONA ASSICURATA**

### **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 prestazioni 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 precedentemente 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 pignoratorio: \_\_\_\_\_
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 | Precedente istituto di previdenza |
| Nome e indirizzo                                   | 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: \_\_\_\_\_