

Notifica d'ingresso e dichiarazione sullo stato di salute

La dichiarazione d'ingresso (pagina 1) deve essere compilata dal datore di lavoro, mentre la dichiarazione sullo stato di salute (pagine 2 e 3) è a cura del/la dipendente.

(Il modulo può essere scaricato e compilato elettronicamente anche sulla nostra homepage, www.pkshp.ch)

Datore di lavoro: _____ N. collettivo: _____
La persona di nuova affiliazione deve essere assicurata ai sensi del Regolamento di previdenza
ai sensi del piano di cui all'Allegato n. _____

Dati della persona da assicurare

Cognome e nome: _____

Indirizzo completo: _____

Lingua: _____ Italiano _____ Tedesco _____ Francese _____

Sesso: _____ uomo _____ donna _____

N. AVS: _____ 756. _____

Data di nascita: _____

Nazionalità: _____

Stato civile: _____

Se coniugato/a: _____ Data di matrimonio: _____ Data di nascita del/la _____

Cognome/nome del/la coniuge / partner registrato/a: _____

Ingresso nella CP SHP con effetto dal

Salario annuo lordo AVS: _____ **CHF** _____

(reddito annuo soggetto ad AVS senza spese conseguito da cespiti regolari
e/o, in caso di paga oraria, guadagno soggetto ad AVS prevedibilmente conseguito nell'arco di un anno)

Grado di occupazione: _____ % _____

Osservazioni: _____

Data: _____ Firma del datore di lavoro: _____

(necessaria soltanto se il modulo viene stampato e inviato per posta oppure scansionato e recapitato via e-mail)

Si prega di compilare e di inviare a uno dei seguenti recapiti

Per posta a: _____ Cassa pensione SHP, Casella postale 617, 8953 Dietikon 1

Via e-mail: _____ info@pkshp.ch

Notifica d'ingresso e dichiarazione sullo stato di salute, pagina 2

Persona assicurata

Cognome: Data di nascita:
Nome: N. ass.:
Datore di lavoro: Entrata:

Domande sullo stato di salute:

1. Negli ultimi cinque anni ha avuto malattie gravi e di lunga durata? Sì No

Se sì:
Quando? Durata? Tipo di malattia? Medico(i) curante(i)?

2. Negli ultimi cinque anni ha subito infortuni o ha dovuto sottoporsi a un'operazione? Sì No

Se sì:
Quando? Durata? Tipo d'infortunio / dell'operazione? Medico(i) curante(i)?

3. Come si chiama il suo attuale medico curante, incl. indirizzo esatto?

.....
.....

4. Negli ultimi tre anni ha consultato il suo medico di famiglia e/o altri medici? Sì No

Se sì:
Quando? Per quale motivo? Medico(i) curante(i)?

5. Negli ultimi tre anni ha dovuto sospendere (del tutto o in parte) il suo lavoro per motivi di salute per una durata superiore a un mese? Sì No

Se sì:
Quando? Per quale motivo? Per quale durata? Per quale percentuale? Medico(i) curante(i)?

6. Al momento attuale si considera completamente sano/a ed è pertanto pienamente abile al lavoro? Sì No

7. Percepisce già una rendita AI? Sì No

caso affermativo: a quanto ammonta il grado AI?

Notifica d'ingresso e dichiarazione sullo stato di salute, pagina 3

Conferma

La persona assicurata conferma di aver ricevuto il Regolamento di previdenza della SHP, di aver compreso appieno le domande soprariportate e di aver risposto alle stesse in modo completo e veritiero. Essa autorizza la SHP a raccogliere in qualsiasi momento (anche in una fase successiva) tutte le informazioni che la riguardano presso medici curanti, ospedali, casse malati, istituti di previdenza LPP, assicurazioni sociali (ad es. Al federale, Suva, altri assicuratori di infortuni e malattie), nonché a prendere in visione tutti i relativi atti.

Le suddette persone e istituzioni sono pertanto esonerate dall'obbligo di segretezza nei confronti della SHP. A sua volta, quest'ultima è tuttavia tenuta al massimo riserbo.

Luogo, data:

Firma della persona assicurata:

Si prega di inviare, debitamente compilato e firmato, a:

Cassa pensione SHP, Casella postale 617, 8953 Dietikon 1