

Istituzione di previdenza nel quadro della proparis Fondazione di previdenza arti e mestieri Svizzera, Berna

Richiesta di assicurazione complementare PPA

Datore di lavoro:

N. di membro::

Scelta del piano Copertura con / senza l'infortunio:

1. Generalità della persona assicurata

Numero di assicurazione sociale

Cognome, nome

Via, n.

NPA, località

Data di nascita:

Stato civile:

Data del matrimonio / Registrazione dell'unione domestica:

2. Inizio dell'assicurazione:

giorno / mese / anno

3. Rendita d'inabilità annua assicurata (arrotondare a CHF 1'000.00):

CHF

4. Datore di lavoro

I contributi per l'assicurazione complementare sono interamente a carico della persona da assicurare. Il datore di lavoro acconsente a versare i contributi all'organo d'applicazione.

Firma del datore di lavoro:

5. Il dipendente da assicurare dichiara che attualmente

è totalmente abile al lavoro non è totalmente abile al lavoro* è riconosciuto invalido dall'AI**

* p.f. allegare certificato medico ** p.f. allegare la decisione dell'AI

Luogo, data

Firma della persona assicurata

Il richiedente deve compilare il «Questionario sullo stato di salute» e inoltrarlo unitamente al presente modulo direttamente alla cassa pensione.