

# Contratto di affiliazione e formulario d'iscrizione per indipendenti

No. di conteggio (se a conoscenza) \_\_\_\_\_

## 1. Dichiarazione di affiliazione

Con il presente contratto il/la lavoratore/trice indipendente trasferisce alla **Fondazione di previdenza per il personale dei medici e veterinari PAT-BVG** (di seguito denominata PAT BVG) l'attuazione della previdenza professionale ai sensi dell'articolo 48 della Legge federale sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPP). La PAT BVG è iscritta nel registro della previdenza professionale con il numero BE 01.0059.

I regolamenti e le disposizioni esecutive emanati dalla PAT BVG costituiscono parte integrante del presente contratto di affiliazione. Il presupposto per l'entrata in vigore del presente contratto di affiliazione è la conferma definitiva di ammissione da parte della PAT BVG.

## 2. Prestazioni assicurate e contributi

Le prestazioni assicurate e i contributi sono stabiliti in base al Regolamento di previdenza e al piano previdenziale prescelto. Salvo autorizzazione della PAT BVG, il passaggio a un diverso piano previdenziale è consentito all'inizio di ciascun anno civile.

## 3. Modalità di versamento dei contributi

I contributi vanno versati di regola trimestralmente. Il versamento deve essere effettuato entro 10 giorni dalla scadenza del relativo termine di pagamento mensile risp. trimestrale. In caso di ritardo nel pagamento dei contributi sono dovuti una tassa d'ingiunzione e l'interesse di mora ai sensi del Codice delle obbligazioni (CO). Per i contributi non pagati risp. per le lacune previdenziali createsi di conseguenza risponde esclusivamente l'indipendente.

## 4. Risoluzione del contratto di affiliazione, termini di disdetta

Trascorso un intero anno assicurativo, il contratto di affiliazione può essere disdetto da entrambe le parti contraenti mediante comunicazione scritta per la fine dell'anno assicurativo, rispettando un termine di preavviso di 6 mesi.

Il lavoratore indipendente che abbia compiuto 58 anni o più al momento dell'uscita ha sostanzialmente maturato il diritto alle

prestazioni di vecchiaia. Qualora successivamente al termine di disdetta si percepisca ancora un reddito soggetto a contribuzione AVS, si potrà richiedere, al posto dell'erogazione della prestazione di vecchiaia, il trasferimento della prestazione di uscita su un conto di libero passaggio.

PAT BVG ha inoltre la facoltà di sciogliere il presente contratto di affiliazione con effetto immediato dopo il terzo sollecito di pagamento per importi non pagati. In questo caso la protezione previdenziale decade.

Ove siano soddisfatte le condizioni per una liquidazione parziale, si procederà alla compensazione di eccedenze e disavanzi. I criteri sono stabiliti nel regolamento di liquidazione parziale.

## 5. Nascita del diritto alle prestazioni d'invalidità

1. Per la nascita del diritto alle prestazioni d'invalidità possono essere scelti due termini di attesa. Di regola viene scelto un termine di attesa di 360 giorni se nessun'altra assicurazione (p.es. assicurazione d'indennità giornaliera per malattia o infortunio) concede prestazioni oltre il 360° giorno. Se è stata stipulata un'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia con una durata delle prestazioni di almeno 720 giorni e un'assicurazione infortuni facoltativa ai sensi della LAINF, per il diritto alle prestazioni d'invalidità può essere scelto un termine di attesa di 720 giorni.
2. In caso di differimento della nascita del diritto alle prestazioni di invalidità a 720 giorni con contributi di rischio ridotti in misura corrispondente, la PAT BVG paga eventuali prestazioni di invalidità indipendentemente dall'esistenza un'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia o infortunio a partire dal 721° giorno. Se viene desunto un diritto precedente, al lavoratore indipendente assicurato con questo contratto di affiliazione vengono addebitati tutti i pagamenti di rendite precedenti al 721° giorno oppure questi pagamenti vengono compensati con eventuali prestazioni dovute. Fa eccezione l'esonero dal pagamento dei contributi di risparmio e di rischio. Il termine di attesa per l'esonero dal pagamento dei contributi è sempre di 6 mesi.

**Conferma:**

- Non esiste alcuna assicurazione di indennità giornaliera per malattia collettiva (continua al punto 6).
- Esiste un'assicurazione di indennità giornaliera per malattia collettiva con almeno (numero di indennità giornaliere per caso):
- 720                                       360 (continua al punto 6)                                       altri: \_\_\_\_\_ indennità giornaliere per caso

Se il periodo di attesa per le prestazioni di invalidità è di 720 giorni, confermo che l'indennità giornaliera per malattia è pari ad almeno l'80% del salario perso per tutta la durata della prestazione.

In caso di rinvio a 720 giorni della decorrenza del diritto alle prestazioni d'invalidità, con conseguente riduzione dei premi di rischio, la PAT BVG non sarà responsabile di eventuali diritti derivati prima della fine del periodo di attesa. Se in un caso di prestazioni risulta che l'inizio delle prestazioni non può essere coordinato con l'assicurazione di indennità giornaliera per malattia collettiva e la PAT BVG deve fornire prestazioni di invalidità prima del 721° giorno, il lavoratore autonomo affiliato è responsabile delle prestazioni supplementari e gli vengono addebitate o detratte dalle prestazioni eventualmente richieste. Ne è escluso l'esonero dal pagamento dei contributi. **Prendo atto del che sono responsabile di eventuali prestazioni supplementari e che la PAT BVG me le addebiterà.**

## 6. Dati personali

Cognome, nome \_\_\_\_\_

No. AVS \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Via, NPA, domicilio \_\_\_\_\_

Corrispondenza

- Indirizzo domicilio privato  
 Indirizzo analogico: Cassa di compensazione AVS medisuisse  
 Indirizzo del mandatario o altro:

Inserire: l'indirizzo desiderato, Via, NAP, Luogo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sesso                                       femmina                                       maschile

No. d'identificazione delle imprese (IDI) \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Titolo di specialista \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

No. di telefono \_\_\_\_\_

Stato civile

- nubile/celebe                                       sposata/o dal: \_\_\_\_\_  
 vedova/o     unione domestica reg. dal: \_\_\_\_\_  
 divorziata/o     separata/o legalmente                                       unione domestica sciolta

## 7. Indicazioni sull'assicurazione

a) Siete assicurati presso la cassa di compensazione medisuisse?

- SI, si prega di indicare obbligatoriamente il numero di conteggio: \_\_\_\_\_
- L'iscrizione verrà inoltrata – i formulari per l'iscrizione si trovano sul sito [www.medisuisse.ch](http://www.medisuisse.ch) > Affiliazione/Cessazione attività
- NO, indicare la cassa di compensazione AVS competente: \_\_\_\_\_

b) Decorrenza dell'assicurazione (possibile solo dall'inizio di un mese)

c) Salario annuo da assicurare

(È assicurabile al massimo l'ammontare del reddito soggetto ai contributi AVS)

CHF

d) Da quando esercita l'attività da indipendente?

e) Si è assicurato facoltativamente nella LPP entro un anno dall'inizio dell'attività lucrativa indipendente?

sì     no

f) Ha già un'assicurazione LPP che verrà continuata?

sì     no

Se sì

come indipendente

come dipendente

Presso quale istituto di previdenza?

Se no: quando terminò l'ultima occupazione?

g) Se sussiste il diritto ad una prestazione di libero passaggio, il relativo importo deve essere versato al nuovo istituto di previdenza (art. 4, cpv. 2<sup>bis</sup>, LFLP). Si prega di effettuare il versamento sul seguente conto:

acrevis Bank AG, a favore di: PAT-BVG, 9001 San Gallo, IBAN CH33 0690 0016 0084 3650 2

h) Ha effettuato in passato un prelievo anticipato per la proprietà d'abitazioni?

sì     no

In caso affermativo allegare la relativa documentazione

i) Ha personale alle Sue dipendenze?

sì     no

j) È affiliato a un istituto di previdenza per il Suo personale?

sì     no

Se sì, indicare il nome dell'istituto di previdenza

PAT BVG

## 8. Angaben zur Gesundheit

**Nota:**

se la domanda viene presentata tramite un consulente o un fiduciario, il questionario sullo stato di salute può essere omesso da questa domanda, se lo si desidera per motivi di protezione dei dati, e il questionario sullo stato di salute può essere presentato direttamente alla PAT BVG utilizzando il " Foglio aggiuntivo – Questionario sullo stato di salute " (disponibile per il download sul sito web [www.pat-bvg.ch](http://www.pat-bvg.ch)).

Il "Foglio aggiuntivo – Questionario sullo stato di salute" viene inviato separatamente  sì

a) Dispone della piena capacità al lavoro o al guadagno?  sì  no

**Nota:**

Una persona è ritenuta non completamente abile al lavoro, quando all'inizio dell'assicurazione

- è costretta per motivi di salute a stare parzialmente o del tutto lontana dal lavoro, oppure
- percepisce prestazioni d'indennità giornaliera in seguito a malattia o infortunio, oppure
- è annunciata presso un'assicurazione d'invalidità statale, oppure
- percepisce una rendita a causa di un'invalidità intera o parziale, oppure
- conforme alla sua formazione o alle sue capacità non può più essere pienamente occupata per motivi di salute

Tutte le altre persone sono ritenute completamente abili al lavoro.

Se no: per quale motivo?

b) Percepisce una rendita d'invalidità (in seguito a malattia o infortunio)?  sì  no

Se sì: Grado d'invalidità: \_\_\_\_\_ %

c) Presso l'istituto di previdenza precedente era in corso per motivi di salute una riserva o sono state rifiutate altre richieste di assicurazioni di persone?  sì  no

Se sì: quando, da parte di chi e perché?

d) È attualmente in buona salute?  sì  no

Se no: perché?

e) È attualmente affetto da una malattia o dalle conseguenze di una malattia, di un infortunio o di un'infermità congenita?  sì  no

Se sì: precisare quale malattia/infortunio/infermità congenita e da quando. Nome e indirizzo del medico curante.

- f) Negli ultimi cinque anni ha dovuto interrompere il Suo lavoro del tutto o in parte per motivi di salute per una durata superiore a quattro settimane consecutive?  sì  no

Se sì: Per quale motivo	da quando – quando	guarito
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

- g) Negli ultimi 10 anni è stato affetto da qualche malattia, ha subito infortuni o operazioni oppure è prevista a breve qualche operazione?  sì  no

Se sì: precisare quale malattia/infortunio/operazione, data, nome e indirizzo del medico curante.

---



---



---



---

- h) Vi sono fattori rischio inerenti alla salute (fumo, alcol, medicinali, ecc.)  sì  no

Se sì, precisare quali?

---



---



---



---

- i) Hai assunto farmaci negli ultimi 5 anni o stai attualmente assumendo farmaci regolarmente?  sì  no

Se sì, precisare quali: Ragione?

---



---



---



---

- j) Altezza corporea cm  
 Peso corporeo kg

## 9. Scelta del piano previdenziale

- Combinazione del piano secondo l'offerta**  
(allegare assolutamente copia dell'offerta corrispondente)
- Libera combinazione del piano**  
(allegare assolutamente il documento "Libera combinazione del piano ")

### Osservazioni

(p.es. "secondo proposta A", "secondo colloquio tel. con") \_\_\_\_\_

## 10. Membro di un'associazione o organizzazione professionale

È membro di una delle associazioni professionali affiliate alla PAT BVG? (Un prerequisito per l'ammissione alla PAT BVG.)  
Presso quale?

Membro n. \_\_\_\_\_

Per Neutra-Medica e SBAP: ZSR n. \_\_\_\_\_

Un elenco delle associazioni risp. organizzazioni professionali riconosciute, lo trovate su [www.pat-bvg.ch](http://www.pat-bvg.ch).

## 11. Conferma e firma

Il/La sottoscritto/a dichiara

- di voler aderire alla PAT BVG alle condizioni menzionate;
- che i dati forniti nel presente modulo sono completi e conformi alla verità;
- di prendere atto che una violazione dell'obbligo di notifica autorizza la PAT BVG a ridurre le prestazioni previste dal regolamento alle prestazioni minime LPP.

In caso di bisogno la PAT BVG può trasmettere i dati al proprio medico di fiducia oppure al riassicuratore. Tutti i dati verranno strettamente trattati con riservatezza.

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Personalvorsorgestiftung der Ärzte und Tierärzte PAT-BVG

#### Direzione e previdenza

PAT BVG  
Frongartenstrasse 9  
9001 St.Gallen

Tel. +41 71 556 34 00  
[www.pat-bvg.ch](http://www.pat-bvg.ch)  
[info@pat-bvg.ch](mailto:info@pat-bvg.ch)