

Domande complementari per l'adesione

La preghiamo di rispondere alle domande complementari del seguente questionario e di rispedircelo firmato, affinché possiamo concludere la Sua procedura d'adesione:

Dati della persona assicurata:

N. della persona assicurata: _____

Datore di lavoro: _____

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____

Tel. privato: _____

Domande complementari:

Riceve una rendita d'invalidità o indennità giornaliera in seguito a malattia o infortunio? sì no

Esisteva una riserva per motivi di salute presso la precedente istituzione di previdenza? sì no

Ha effettuato un prelievo anticipato per il finanziamento di una proprietà d'abitazioni (OPPA)? sì no

Se sì, data del prelievo anticipato: _____

Importo del prelievo anticipato: CHF _____

Ha costituito in pegno prestazioni della Sua precedente istituzione di previdenza? sì no

Se sì, data della costituzione in pegno: _____

Nome del creditore pignoratorio: _____

Ha effettuato riscatti presso la Sua precedente istituzione di previdenza negli ultimi 3 anni? sì no

Se sì, data del/dei riscatto/i: _____

Importo del/dei riscatto/i: CHF _____

Data: _____

Firma: _____

→ La preghiamo di ritornarci questo formulario.
(indirizzo indicato sul verso)

PV-PROMEA
Ifangstrasse 8
Casella postale
8952 Schlieren

PV-PROMEA
Ifangstrasse 8
Casella postale
8952 Schlieren