

# Complemento all'iscrizione



## 1 Dati personali

Nome del datore di lavoro	
Numero del contratto	
Cognome	Nome
Data di nascita	Numero AVS

## 2 Stato di salute

Vi sentite in buona salute?

Sì

No

Per quale motivo / diagnosi?

---

Da quando?

---

Medico, ospedale, indirizzo

---

Avete attualmente impedimenti di salute che si ripercuotono sulla vostra capacità lavorativa o riguardo ai quali è possibile presumere che nel corso dei prossimi due anni influiranno sulla vostra capacità lavorativa?

No

Sì

Per quale motivo / diagnosi?

---

Da quando?

---

Medico, ospedale, indirizzo

---

Vi sono delle riserve sullo stato di salute o è presente un supplemento per rischi della vecchia cassa pensioni?

No

Sì

► **Documenti necessari**

Copia della riserva e dell'ultimo certificato di previdenza.

Restituite il formulario compilato e sottoscritto entro i prossimi dieci giorni lavorativi a:

**Fondazione collettiva Vita Invest di Zurigo Compagnia di Assicurazioni sulla Vita SA**  
**Casella postale**  
**8085 Zurigo**  
**vitainvest@pfs.ch**

Non appena avremo ricevuto e verificato il presente formulario e l'iscrizione alla previdenza per il personale, provvederemo a inviarvi il vostro nuovo certificato di previdenza.

◀ L'ammissione alla previdenza professionale ha luogo presso Vita in linea di massima senza esame dello stato di salute. Nella previdenza sovraobbligatoria, Vita ha tuttavia facoltà di presentare delle riserve sullo stato di salute per eventuali impedimenti di salute già presenti.

◀ Le **riserve sullo stato di salute** hanno validità per massimo cinque anni. L'istituto di previdenza acquisisce eventuali riserve sullo stato di salute presenti e il tempo scaduto viene da noi computato.

**Nell'arco degli ultimi cinque anni vi siete sottoposti a visite o cure di medici, psicologi o terapeuti?**

No

Sì

**Per quale motivo / diagnosi?**

---

Quando?

---

Durata?

---

**Guarigione senza conseguenze?**

No

Sì

Medico, ospedale,  
indirizzo

---

**Avete in programma una visita medica, un ricovero in ospedale, un soggiorno di cura o un'operazione ambulatoriale?**

No

Sì

**Perché?**

---

Quando?

---

### 3 Autorizzazione e conferma

Prendo nota che Zurich tratta dati che si riferiscono a persone fisiche (dati personali) per conto di Vita in relazione alla conclusione e all'esecuzione di contratti e per altri scopi. Informazioni più dettagliate concernenti questi trattamenti si trovano nella dichiarazione sulla protezione dei dati di Zurich. Questa dichiarazione può essere consultata su [www.vita.ch/protezione-dei-dati](http://www.vita.ch/protezione-dei-dati) o richiesta presso Vita, c/o Zurigo Compagnia di Assicurazioni SA, Protezione dei dati, casella postale, 8085 Zurigo, [datenschutz@zurich.ch](mailto:datenschutz@zurich.ch).

In questo contesto e negli altri casi menzionati nella dichiarazione sulla protezione dei dati Zurich si riserva il diritto di condividere con terzi i dati personali, compresi dati sanitari qualora applicabile.

Con la presente dichiarazione acconsento espressamente a che i precedenti assicuratori, i coassicuratori, i riassicuratori, altri assicuratori privati e sciali e altri uffici di Zurich, le autorità e altri terzi forniscano a Zurich informazioni rilevanti per il controllo dei rischi, delle prestazioni o dei sinistri, per la lotta contro gli abusi e per l'esecuzione del rapporto contrattuale d'assicurazione, in particolare in merito all'andamento della sinistralità e alle assicurazioni e prestazioni precedenti o parallele. Questo è necessario per la preparazione e l'esecuzione del rapporto contrattuale d'assicurazione. Dati concernenti la salute possono anche essere raccolti presso fornitori di prestazioni mediche (ad esempio medici o laboratori). A tal proposito svincolo tutti questi organismi da qualsiasi obbligo di riservatezza oltre la morte.

Mi impegno a informare i terzi, di cui fornisce i dati personali a Zurich, sul trattamento dei loro dati personali da parte di Zurich.

Con la mia firma confermo di aver risposto in modo esaustivo e veritiero alle domande. Qualora le informazioni fornite dovessero risultare scorrette, l'istituto di previdenza a Zurich hanno facoltà di rifiutare l'erogazione delle prestazioni.

Luogo, data

---

Firma

---

**Avete domande relativamente a questo formulario?**

Il servizio alla clientela di Vita Invest (telefono 044 628 43 43) è a vostra disposizione dal lunedì al venerdì, dalle ore 08.00 alle 12.00 e 13.00 alle 18.00 per rispondere a tutte le vostre domande.