

## Domanda d'adesione

Il datore di lavoro :

Ragione sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

NPA/Luogo \_\_\_\_\_

dichiara di aderire al Groupe Mutuel Previdenza per l'assicurazione del 2° pilastro a favore del proprio personale.

La copertura d'assicurazione scelta corrisponde :

al piano secondo l'offerta del \_\_\_\_\_ variante N° \_\_\_\_\_

I termine di attesa per la rendita d'invalidità è fissato a :

12 mesi

24 mesi

Nel caso in cui il termine d'attesa è fissato a 24 mesi, il datore di lavoro attesta che l'insieme dei suoi dipendenti è assicurato tramite un contratto di perdita di guadagno per malattia per una durata di 720 giorni.

Conferma di aver ricevuto un esemplare del regolamento di previdenza e gli statuti e di accettarne il contenuto.

Certifica che un avviso di entrata è stato debitamente completato per ogni persona da assicurare; gli eventuali casi di incapacità lavorativa fanno l'oggetto di una lista nominativa allegata.

I casi d'invalidità e decesso verificatisi prima dell'entrata in vigore della presente convenzione restano coperti sulla base delle disposizioni contrattuali e regolamentari applicabili al momento del verificarsi del caso di assicurazione.

Il datore di lavoro ha stipulato con più istituti di previdenza contratti di affiliazione in virtù dei quali taluni salariati sono assicurati contemporaneamente presso più istituti (art. 1a OPP2) ?

no  sì sì, presso quale istituto/quali istituti: \_\_\_\_\_

L'entrata in vigore del contratto è fissata per il : \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma : \_\_\_\_\_

Allegati : Regolamento di previdenza e statuti