



Notifica

Contratto n. /

Datore di lavoro
Nome e sede*

1*	2*		3*		4*	5*	6*	7*			8	9	10*		11		
Cognome	Nome		Data di nascita		Sesso		Nazionalità	Paese di lavoro	Salario annuo CHF	Inizio dell'assicurazione Inizio del rapporto di lavoro			Stato civile	Altra lingua per il certificato personale	Totalmente abile al lavoro		Dati complementari se necessari (p. es. categoria, grado di occupazione per lavoro a tempo parziale, obblighi di sostentamento, ecc.)
	Giorno	Mese	Anno	Maschile	Femminile				Giorno	Mese	Anno			Si	No		
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Osservazioni

Copertura assicurativa

Abbiamo preso atto che la validità della copertura assicurativa è subordinata alla veridicità delle indicazioni fornite e che la Fondazione Rofenberg può recedere dall'assicurazione se i dati indicati non sono esatti. Per ulteriori disposizioni concernenti la copertura assicurativa vedi [Spiegazioni allegate alla notifica](#).

Capacità lavorativa

Per le persone indicate nella colonna 10 come non totalmente abili al lavoro inoltriamo il formulario «[Complemento alla notifica](#)» (per la descrizione della capacità lavorativa vedi [Spiegazioni allegate alla notifica](#)).

Confermiamo che le persone indicate con un «Si» sono totalmente abili al lavoro all'inizio dell'assicurazione.

Colonna 4 e 5

Completare con il codice del Paese

Colonna 7

A = Inizio dell'assicurazione (da compilare se non corrispondente all'inizio del rapporto di lavoro)
L = Inizio del rapporto di lavoro

Colonna 8

Stato civile:
1 = celibe/nubile
2 = sposato(a)
3 = vedovo(a)
4 = divorziato(a)

Colonna 9

Altra lingua per il certificato personale
1 = tedesco
2 = francese
4 = inglese

Notificante su incarico del datore di lavoro

Data	Cognome	Nome
.....
Indirizzo e-mail		
.....		

*campo obbligatorio

Spiegazioni allegate alla notifica

Capacità lavorativa

Non sono considerate totalmente abili al lavoro le persone che, al giorno d'inizio dell'assicurazione,

- devono assentarsi dal lavoro per motivi imputabili totalmente o parzialmente allo stato di salute,
- percepiscono un'indennità giornaliera per malattia o infortunio,
- sono state notificate a un'assicurazione statale per l'invalidità,
- ricevono una rendita a causa della loro parziale o totale invalidità,
- non possono esercitare, per motivi di salute, un'attività lucrativa conforme alla loro formazione e alle loro capacità professionali.

Tutte le altre persone sono considerate totalmente abili al lavoro.

Formulario «Complemento alla notifica»

Per tutte le persone che, in base alle disposizioni soprastanti, non sono totalmente abili al lavoro, deve essere compilato il formulario [«Complemento alla notifica»](#).

Il «Complemento alla notifica» deve essere presentato anche per tutti coloro per i quali vengono assicurate, inizialmente o in occasione di una modifica, prestazioni supplementari superiori a determinati limiti. I nominativi delle persone soggette a questa disposizione vengono comunicati da noi. Inoltre, in certi casi possono essere chieste informazioni a un medico o può essere ordinata una visita medica. I relativi costi sono a nostro carico.

Copertura assicurativa

La copertura assicurativa viene concessa a titolo **definitivo e senza riserve** alle persone per le quali non deve essere presentato il «Complemento alla notifica».

Per le altre persone la copertura è dapprima provvisoria. Successivamente viene comunicato per iscritto se la copertura assicurativa può essere accordata normalmente oppure con una clausola di riserva (limitazione). Dopo questa comunicazione la copertura diventa definitiva.

Modulo CRS-I «Autocertificazione di residenza fiscale per persone fisiche»

La «Rofenberg» Fondazione di previdenza per il personale è soggetta allo scambio automatico di informazioni (SAI). I nominativi di tutte le persone assicurate incluso il livello del loro avere di vecchiaia nonché il pagamento in caso di prestazione vengono notificati all'amministrazione delle contribuzioni del Principato del Liechtenstein.

Al momento dell'annuncio o dell'uscita, la persona assicurata è tenuta a inviare ad AXA Vita SA il formulario CRS-I. Eventuali modifiche relative al nuovo distacco / paese di soggiorno oppure nuova residenza fiscale devono essere immediatamente notificate mediante modulo CRS-I ad AXA Vita SA.



CRS - I/

Contratto n. _____

MODULO di autocertificazione di residenza fiscale per persone fisiche

(compilare le parti da 1 a 3)

Prima di riempire il presente modulo leggere attentamente le istruzioni riportate a pag. 3 e segg.

Parte 1: Identificazione del singolo titolare del conto

A. Nome del titolare del conto (persona assicurata / persona avente diritto):

Cognome: _____

Nome: _____

B. Indirizzo di residenza attuale

Via, n.: _____

Stato: _____

NPA / Località: _____

C. Indirizzo postale: *(solo se diverso dall'indirizzo indicato nella sezione B)*

Via, n.: _____

Stato: _____

NPA / Località: _____

D. Data di nascita (GG/MM/AAAAA) _____

E. Luogo di nascita

Località _____

Stato _____

Nazionalità _____

Parte 2 – Stato di residenza ai fini fiscali

Compilare la seguente tabella indicando lo stato di residenza fiscale del titolare del conto e il TIN (Tax Identification Number) del titolare del conto, o un numero equivalente, per ogni stato indicato.

	Stato di residenza ai fini fiscali	Numero d'identificazione fiscale (TIN)	In assenza di un TIN, specificare il motivo A, B o C*
1			
2			
3			



* Se il TIN non è disponibile, indicare il motivo appropriato A, B o C come di seguito indicato:

Motivo A – Lo Stato dove il titolare del conto è soggetto a imposizione fiscale non rilascia un TIN ai suoi abitanti.

Motivo B – Il titolare del conto non è in grado di ottenere un TIN o un numero equivalente (se è stata selezionata questa risposta specificare nella tabella che segue il motivo per cui non è possibile ottenere un TIN).

Motivo C – Non è richiesto un TIN (nota: selezionare questo motivo solo se l'autorità competente dello stato di residenza fiscale sopra indicato non si impegna a la comunicazione del TIN).

Se ha selezionato il **motivo B**, voglia spiegare nelle seguenti caselle il motivo per cui non riesce a ottenere un TIN.

1	
2	
3	

Parte 3 – Dichiarazione e firma

Confermo che tutte le informazioni e i dati dichiarati in questo documento sono, secondo scienza e coscienza, corretti e completi.

Mi impegno a comunicare entro 30 giorni ad **AXA Vita SA** qualsiasi variazione delle circostanze che influisca sullo status di residenza fiscale della persona identificata nella Parte 1 di questo modulo o che pregiudichi la correttezza delle informazioni qui riportate, e di fornire ad **AXA Vita SA** un'autocertificazione e dichiarazione opportunamente aggiornate al massimo entro **30** giorni dalla suddetta variazione.

Firma:

Nome in stampatello:

Data:

Nota: se lei non è il titolare del conto, la preghiamo di indicare la funzione con cui sottoscrive il modulo. Se firma in virtù di una procura, allegare una copia certificata dell'atto di procura.

Funzione:



ISTRUZIONI

Parte 1–2:

In virtù della normativa basata sullo standard comune di comunicazione di informazioni (SCC) dell'OCSE e sulle basi giuridiche del Principato del Liechtenstein sullo scambio automatico di informazioni ai fini fiscali, «Rofenberg» Fondazione di previdenza per il personale è tenuta a raccogliere e trasmettere determinate informazioni relative alla residenza fiscale del titolare di un conto. Ogni giurisdizione stabilisce le proprie norme in materia di definizione della residenza fiscale. Generalmente, la residenza fiscale corrisponde allo stato in cui si vive. Alcune circostanze speciali (come studio/lavoro all'estero o viaggio di lunga durata) possono risultare in una residenza altrove o in una residenza in più di un paese contemporaneamente (doppia residenza). Lo stato/gli stati in cui paga l'imposta sul reddito è/sono verosimilmente lo stato/gli stati di residenza fiscale. Per maggiori informazioni sulla residenza fiscale voglia consultare il proprio consulente fiscale o le informazioni riportate al seguente link: [portale OCSE AEQI](#).

Se la sua residenza fiscale (o quella del titolare del conto a nome del quale compila questo modulo) è **al di fuori del Principato del Liechtenstein** potremmo essere tenuti a riferire per legge le informazioni fornite in questo modulo, così come altre informazioni finanziarie relative ai suoi conti finanziari, all'**amministrazione delle contribuzioni del Principato del Liechtenstein**.

Per le definizioni di titolare del conto, così come di altri termini, si rimanda all'Appendice.

Il presente modulo rimane valido fino a quando non subentra una modifica delle circostanze relative allo status fiscale del titolare del conto o di altri campi obbligatori qui riportati. Se vi è una variazione delle circostanze tale da pregiudicare la correttezza e completezza di questo modulo, deve informarci e fornire un'autocertificazione aggiornata.

Il presente modulo serve per richiedere informazioni solo dove tale richiesta non sia vietata dal diritto locale.

Se lei è un cittadino statunitense soggetto all'Internal Revenue Service americano («IRS»), potrebbe essere tenuto a compilare anche il modulo W-9 dell'IRS.

Se sta compilando il presente modulo per conto di qualcun altro, la preghiamo di indicare la qualità in base alla quale si firma nella Parte 3. Potrebbe essere, per esempio, il custode o l'intestatario di un conto per conto di un titolare di conto, oppure agire in virtù di una procura.

Come istituto finanziario non siamo autorizzati a fornire consulenza fiscale.

In caso di domande sul presente modulo, sulle istruzioni o sulla definizione del suo status di residenza ai fini fiscali, voglia contattare il suo consulente fiscale o le autorità fiscali locali.

Maggiori informazioni, inclusi un elenco delle giurisdizioni che hanno sottoscritto le convenzioni di scambio automatico di informazioni e i dettagli sulla natura delle informazioni richieste, sono disponibili sul [portale OCSE sullo scambio automatico di informazioni](#).

Parte 3

Prendo atto che le informazioni contenute in questo modulo e i dati riguardanti il titolare del conto nonché eventuali conti oggetto di comunicazione potrebbero essere trasmessi alle autorità fiscali dello stato in cui i conti sono gestiti e scambiati con le autorità fiscali di un altro stato in cui il titolare del conto può essere residente ai fini fiscali ai sensi degli accordi intergovernativi sullo scambio di informazioni relative a conti finanziari.

Con la mia firma certifico che sono il titolare di tutti i conti a cui fa riferimento questo modulo (o che sono autorizzato a firmare a nome del titolare del conto).



Appendice – Definizioni

Nota: seguono alcune definizioni utili alla compilazione del presente modulo. Per maggiori dettagli consultare lo standard comune di comunicazione di informazioni (SCC) dell'OCSE in materia di scambio automatico di informazioni relative a conti finanziari così come il commentario allegato allo SCC e le indicazioni dello stato di residenza, disponibile al link: [OCSE](#).

In caso di domande contattare il proprio consulente fiscale o l'autorità fiscale locale.

«Titolare del conto»

Per «titolare del conto» si intende la persona assicurata tramite il proprio datore di lavoro presso la «Rofenberg» Fondazione di previdenza per il personale. Il titolare del conto viene anche denominato «persona assicurata». Per questa persona viene gestito un conto di previdenza per la vecchiaia individuale/conto di libero passaggio quale conto oggetto di comunicazione. In caso di prestazione, ogni persona avente diritto è considerata titolare del conto.

«Conto finanziario»

Per «conto finanziario» si intende un conto gestito da un istituto finanziario e comprende: conti di deposito, conti di custodia, interessi capitali e di debito in alcune entità di investimento, contratti di assicurazione per i quali è misurabile un valore maturato e contratti di rendita.

«Giurisdizione partecipante»

Per «giurisdizione partecipante» si intende una giurisdizione con cui vige un accordo in virtù del quale fornisce le informazioni richieste per lo scambio automatico di informazioni sul conto finanziario previsto dallo standard comune di comunicazione di informazioni.

«Conto oggetto di comunicazione»

Per conto «oggetto di comunicazione» si intende un conto detenuto da una o più persone oggetto di comunicazione o da una NFE passiva avente una o più persone che esercitano il controllo che sono persone oggetto di comunicazione.

«Giurisdizione oggetto di comunicazione»

Una «giurisdizione oggetto di comunicazione» indica una giurisdizione con cui vige un obbligo di fornire le informazioni sul conto finanziario.

«Persona oggetto di comunicazione»

Per persona oggetto di comunicazione si intende una persona con residenza fiscale in una giurisdizione oggetto di comunicazione conformemente al diritto tributario di tale giurisdizione. Le persone con doppia residenza possono contare sulle regole di tie-break contenute nelle convenzioni fiscali (se applicabili) per risolvere i casi di doppia residenza e determinare la residenza ai fini fiscali.

«TIN» (incluso «equivalente funzionale»)

Con «TIN» si intende il numero di identificazione fiscale o, in sua assenza, un equivalente funzionale. Un codice TIN è dato da una combinazione unica di lettere e numeri assegnati da una giurisdizione a una persona fisica o un'entità per identificare la persona fisica o l'entità ai fini dell'amministrazione del diritto tributario di tale giurisdizione. Maggiori dettagli sui TIN accettabili sono riportati al seguente link: [portale OCSE](#).

Alcune giurisdizioni non rilasciano un TIN. Tuttavia, tali giurisdizioni spesso utilizzano numeri a elevata integrità di altro tipo con un livello equivalente di identificazione (un «equivalente funzionale»). Esempi di tale tipo di numero includono, per le persone fisiche, il numero di previdenza sociale/assicurazione, il codice di cittadinanza/numero di identificazione personale/codice di assistenza e il numero di registrazione di residenza.

Complemento alla notifica

Contratto n. /

Datore di lavoro Nome e sede

Persona assicurata

Cognome Nome Nazionalità

Via, NPA e località, Paese Data di nascita Sesso

Attività lucrativa attuale Paese di lavoro m f

Reperibilità

Indirizzo e-mail privato N. di telefono

Altezza (cm) Peso (kg)

Domande sullo stato di salute Vengono presi in considerazione gli **ultimi 5 anni** prima dell'inizio dell'assicurazione o dell'aumento della prestazione. Le risposte affermative vanno integrate con i dettagli richiesti.

Dettagli

1. All'inizio dell'assicurazione o al momento dell'aumento della prestazione era totalmente o parzialmente inabile al lavoro? Sì No

Dispone di una decisione AI? Sì No

Se dispone di una decisione AI, voglia allegarla. Altrimenti alleghi i conteggi dell'assicurazione contro gli infortuni o delle indennità giornaliere in caso di malattia, se disponibili.

2. Attualmente è affetto da disturbi della salute di qualsiasi genere o dalle conseguenze di un infortunio o una malattia? Sì No

Quali Da quando guarito non guarito

1* 2*

Medici/ospedali (nome e indirizzo)

3. Ha sofferto o soffre di uno o più di questi disturbi o danni alla salute: artrosi, asma, malattie degli occhi, bronchite, ipertensione arteriosa, colesterolo alto, malattie cardiache, cancro, paralisi, sclerosi multipla, una diminuzione della vista/dell'udito **non** corretta, malattie o disturbi psichici, dolori reumatici, disfunzioni ghiandolari o della tiroide, ictus, patologie a carico della colonna vertebrale, diabete o altre malattie, disturbi o sintomi qui non elencati? Sì No

Quali Da quando a quando guarito non guarito

1* 2*

Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo)

Quali Da quando a quando guarito non guarito

1* 2*

Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo)

Quali Da quando a quando guarito non guarito

1* 2*

Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo)

* 1 = guarito/tutto nella norma/trattamento concluso

* 2 = non guarito/non nella norma/in trattamento o sotto controllo

4. Ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per più di 2 settimane a causa di malattia o infortunio?		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Perché	Da quando a quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Perché	Da quando a quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
5. Viene o è stato sottoposto per più di 4 settimane a controlli o trattamenti medici, chiropratici o psicologici oppure necessita, assume o assumeva regolarmente medicinali, antidolorifici, calmanti, sedativi o droghe?		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Per quali motivi è o è stato in trattamento/sotto controllo	Da quando a quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Quali medicinali, ecc.	Da quando a quando	Quale quantità a settimana	
.....		
Per quali motivi è o è stato in trattamento/sotto controllo	Da quando a quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Quali medicinali, ecc.	Da quando a quando	Quale quantità a settimana	
.....		
6. Sono stati condotti esami, ad es. controlli, radiografie, ECG, test HIV, ecc., che non hanno prodotto esiti nella norma? (non devono essere indicate le analisi genetiche)		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Quali	Quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Quali	Quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
7. Ha dovuto subire un intervento (ambulatoriale o con degenza) o un tale intervento è previsto/raccomandato?		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Quali	Quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Quali	Quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
8. Quale medico (anche chiropratico, psicoterapeuta) conosce meglio il suo stato di salute?			
Cognome	Nome	NPA e località	
.....	

* 1 = guarito/tutto nella norma/trattamento concluso

* 2 = non guarito/non nella norma/in trattamento o sotto controllo

Dati supplementari Presso il suo ultimo datore di lavoro è stato assicurato nell'ambito di una previdenza professionale? Sì No
in caso di cambiamento del posto di lavoro In caso affermativo, voglia fornire le seguenti informazioni aggiuntive
Ditta o istituto di previdenza Via, NPA e località

Da parte della precedente cassa pensione è stata espressa una riserva sul suo stato di salute? Sì No
(se sì, allegare una copia della riserva)

Osservazioni

Dichiarazione Dichiaro di esonerare dal segreto professionale tutti i medici, psicoterapeuti, fisioterapisti, chiropratici, gli ospedali, gli assicuratori per infortuni e malattie nonché il mio precedente istituto di previdenza ai quali il Servizio medico di AXA Vita SA dovesse rivolgersi, ora o in futuro, per ottenere informazioni sul mio stato di salute e/o la mia precedente copertura previdenziale.
Confermo inoltre di essere stato informato che la copertura assicurativa dipende dalla veridicità delle indicazioni precedenti e che, in caso di indicazioni non veritiere, AXA Vita SA ha il diritto di recedere dall'assicurazione conformemente alle disposizioni legali.

Obbligo fiscale Con la presente la persona assicurata conferma di essere la sola responsabile per le notifiche fiscali alle relative autorità tributarie nonché per il pagamento di tutti gli obblighi fiscali risultanti dalla riscossione di prestazioni.

Firma Data Firma

Inviare a AXA Vita SA
Casella postale 300
8401 Winterthur