



Questionario per l'iscrizione di un datore di lavoro

L'azienda da assicurare è un/una:

- Società anonima Sagl società in nome collettivo
 Ditta individuale / Datore di lavoro privato Associazione

Registro di commercio? sì no

Indirizzo di domicilio aziendale: Nome _____
Via _____
NPA/Luogo _____ / _____
Lingua D F I
Numero di telefono/fax: _____ / _____
Indirizzo e-mail: _____
Interlocutore: _____

Indirizzo privato (* e **): Cognome, Nome _____
Via _____
NPA/Luogo _____ / _____
No d'assicurato _____
Lingua D F I

* Per una ditta individuale o un datore di lavoro privato, è obbligatorio indicare l'indirizzo privato e il numero di assicurazione sociale del titolare

** Se l'associazione non è iscritta nel registro di commercio occorre indicare l'indirizzo privato del presidente.

Genere di esercizio/settore: _____

Nome e luogo della cassa di compensazione AVS competente: _____

Numero di conteggio AVS: _____

Nome dell'istituto di previdenza e No di contratto
(se esiste una precedente affiliazione LPP) _____



Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Fondation institution supplétive LPP
Fondazione istituto collettore LPP

Tutti i dipendenti della vostra azienda soggetti alla previdenza professionale obbligatoria saranno assicurati presso la Fondazione istituto collettore?

sì

no

Desiderate ricevere un'offerta prima della conclusione del contratto?

sì

no

Luogo:

Data:

Firma:



Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Fondation institution supplétive LPP
Fondazione istituto collettore LPP

Confidenziale

Fondazione istituto collettore LPP
Previdenza LPP
Elias-Canetti-Strasse 2
Casella postale
8050 Zurigo
SWITZERLAND

Confidenziale

Fondazione istituto collettore LPP
Previdenza LPP
Elias-Canetti-Strasse 2
Casella postale
8050 Zurigo
SWITZERLAND

Previdenza LPP

Vi preghiamo di allegare la presente copertina alla documentazione che ci rispedite. Grazie!

Per la restituzione dei vostri documenti non utilizzate graffette, punti metallici o nastro adesivo.

