



Persona assicurata: _____

No assic.: 756. _____

Questionario sulla previdenza facoltativa per i lavoratori indipendenti

(Vogliate compilare questo formulario in maniera elettronica o in stampatello e firmarlo)

Informazioni sulla persona

No assic. soc.: _____ Lingua: ☐ D ☐ F ☐ I
Cognome: _____ Nome: _____
Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: _____
Stato civile: ☐ nubile/celibe ☐ coniugato/a ☐ unione domestica registrata
☐ vedovo/a ☐ divorziato/a ☐ unione domestica sciolta
Data del matrimonio, della registrazione dell'unione domestica o del divorzio: _____
Via e numero: _____
NPA: _____ Luogo: _____
Telefono: _____ Email: _____

Indirizzo di domicilio aziendale

Nome: _____ Lingua: ☐ D ☐ F ☐ I
Via: _____ NPA/Luogo: _____ / _____
Telefono/fax: _____ / _____ E-Mail: _____

Informazioni sul rapporto di previdenza

- Da quando svolge un'attività lavorativa indipendente? _____
(Si prega di allegare l'attestato della cassa di compensazione AVS recante il n. di conteggio)
- Lei in passato è già stato/a assicurato/a obbligatoriamente per almeno 6 mesi? ☐ Sì ☐ No
Se sì: Entro quando? _____
- Dati salariali dall'inizio dell'assicurazione** Salario annuale (in CHF): _____ Validità dal: _____
- Desidera assicurare quote di reddito che superano il salario massimo LPP (fino max CHF 148'200.--)? ☐ Sì ☐ No
- La sua ditta individuale è iscritta nel registro di commercio? ☐ Sì ☐ No

Osservazione:

Luogo

Data

Firma