



Persona assicurata: _____

No assic.: 756. _____

Questionario per la previdenza facoltativa di dipendenti il cui datore di lavoro non è soggetto all'obbligo AVS

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: _____

Informazioni sul rapporto di previdenza

- Da quando è impiegato/a presso questo datore di lavoro? _____
- 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
- Escludere il rischio d'infortunio? Sì No
(Se sì, si prega di allegare attestato dell'assicurazione secondo LAINF)
- Da quando è registrato/a come dipendente _____
d'un datore di lavoro non soggetto all'obbligo AVS?
(Si prega di allegare l'attestato della cassa di compensazione AVS competente)

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.

