Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Fondation institution supplétive LPP
Fondazione istituto collettore LPP

Questionario per l'iscrizione di un datore di lavoro

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

Indirizzo di domicilio aziendale:

Nome _____

Via _____

NPA/Luogo _____ / _____

Lingua ☐ D ☐ F ☐ I

Numero di telefono/fax: _____ / _____

Indirizzo e-mail: _____

Interlocutore: _____

Indirizzo privato:

Cognome, Nome _____

Via _____

NPA/Luogo _____ / _____

No d'assicurato _____

Lingua ☐ D ☐ F ☐ I

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) _____

Desiderate ricevere un'offerta prima della conclusione del contratto? ☐ si ☐ no

_____ _____ _____

Luogo: Data: Firma: