



Datore di lavoro: _____

No di affiliazione: _____

Iscrizione

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: _____

Entrata società: _____

Contratto di lavoro non superiore a tre mesi;
è fatto salvo l'art. 1k OPP2

Uscita* al _____ (fine del rapporto di lavoro, se la persona non lavora più nella società)

* Il datore di lavoro dichiara che all'atto dello scioglimento del rapporto di lavoro sono state osservate le disposizioni relative al contratto di lavoro e le disposizioni obbligatorie in materia di diritto del lavoro (p.es. art. 336c CO).

Stato di salute

Il datore di lavoro dichiara che dall'inizio dell'assicurazione la persona da assicurare è:

completamente abile al lavoro

non completamente abile al lavoro*

invalido al ____%**

Se la persona assicurata non è completamente abile al lavoro, si prega di aggiungere in ogni caso i certificati medici in merito e/o i conteggi dell'assicurazione contro gli infortuni o dell'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia.

* Si prega di compilare la notifica dell'incapacità lavorativa

** Si prega di allegare la decisione AI

Dati salariali (Si prega di indicare tutte le modifiche salariali dall'inizio della previdenza o dall'entrata nella società.)

Salario annuale (in CHF): _____

Validità dal: _____

Salario annuale (in CHF): _____

Validità dal: _____

Salario annuale (in CHF): _____

Validità dal: _____

Se il dipendente è impiegato presso un datore di lavoro per meno di un anno, il salario annuo corrisponde al salario che avrebbe conseguito se avesse lavorato per un anno intero.

Confermiamo la correttezza dei dati riportati.

Luogo

Data

Timbro e firma del datore di lavoro

Luogo

Data

Firma della persona da assicurare



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

Confidenziale

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

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.

