



Persona assicurata: _____

No assic.: 756. _____

Questionario sulla previdenza facoltativa per i lavoratori indipendenti

(Si prega di compilare il presente modulo in maniera chiara, in stampatello o con macchina da scrivere e di 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



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.

