Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Fondation institution supplétive LPP
Fondazione istituto collettore LPP

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