



## Questionario per l'iscrizione all'assicurazione facoltativa di un salariato al servizio di vari datori di lavoro

### 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: \_\_\_\_\_

### Stato di salute

La persona da assicurare dichiara che è

completamente abile al lavoro  non completamente abile al lavoro\*  invalido al \_\_\_\_%\*\*

Non completamente abile al lavoro/invalido da quando in qua: \_\_\_\_\_

\* Si prega di compilare la notifica dell'incapacità lavorativa

\*\* Si prega di allegare la decisione AI

### Osservazioni

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Luogo Data Firma della persona da assicurare

Importante: L'assicurato può esigere una contribuzione dal datore di lavoro solo se lo ha informato della sua adesione all'assicurazione facoltativa. Il datore di lavoro è obbligato alla contribuzione solo per il periodo d'assicurazione seguente questa comunicazione.



## Composizione del reddito da attività lucrativa

Indipendentemente:

Dipendente:

### **Occupazione principale:**

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Salario annuale:

Cognome/Nome: \_\_\_\_\_

Via e numero: \_\_\_\_\_

CHF \_\_\_\_\_

NPA/Luogo: \_\_\_\_\_

È assicurato per questo datore di lavoro nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria? Sì \*  No

\* Allegare una copia del suo certificato di previdenza!

### **Occupazione secondaria:**

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Salario annuale:

Cognome/Nome: \_\_\_\_\_

Via e numero: \_\_\_\_\_

CHF \_\_\_\_\_

NPA/Luogo: \_\_\_\_\_

È assicurato per questo datore di lavoro nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria? Sì \*  No

\* Allegare una copia del suo certificato di previdenza!

### **Occupazione secondaria:**

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Salario annuale:

Cognome/Nome: \_\_\_\_\_

Via e numero: \_\_\_\_\_

CHF \_\_\_\_\_

NPA/Luogo: \_\_\_\_\_

È assicurato per questo datore di lavoro nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria? Sì \*  No

\* Allegare una copia del suo certificato di previdenza!

### **Occupazione secondaria:**

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Salario annuale:

Cognome/Nome: \_\_\_\_\_

Via e numero: \_\_\_\_\_

CHF \_\_\_\_\_

NPA/Luogo: \_\_\_\_\_

È assicurato per questo datore di lavoro nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria? Sì \*  No

\* Allegare una copia del suo certificato di previdenza!

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 rispedisce. Grazie!

Per la restituzione dei vostri documenti non utilizzate graffette, punti metallici o nastro adesivo.

