



Persona assicurata: _____ N. assic. soc.: 756. _____

Questionario per la previdenza facoltativa di dipendenti il cui datore di lavoro non è soggetto all'obbligo AVS

(Siete invitati a compilare il presente modulo in modo leggibile, in stampatello e firmarlo)

Dati personali

N. assic. soc.: _____ Data di nascita: _____
Cognome: _____ Nome: _____
Sesso: M F Lingua: D F I
Stato civile: nubile/celibe coniugato/a divorziato/a vedovo/a
unione domestica registrata unione domestica sciolta
Data di matrimonio/registrazione oppure data di divorzio/scioglimento: _____

Indirizzo privato

Via e numero _____ NPA: _____ Luogo di _____
civico: _____ domicilio: _____
Telefono/fax: _____ / _____
Indirizzo e-mail: _____

Informazioni sul rapporto di previdenza

- Da quando è impiegato/a presso questo datore di lavoro? _____
- Lei in passato è già stato/a assicurato/a obbligatoriamente per almeno 6 mesi? Sì No
Se sì: Fino a quando? _____
- Dati salariali dall'inizio dell'assicurazione
Salario annuale Validità dal:
(in CHF): _____

- Desidera assicurare quote di reddito che superano il salario massimo LPP (fino max CHF 148'2000)? Sì No
- Escludere il rischio d'infortunio? Sì No
(Se sì, si prega di allegare attestato dell'assicurazione secondo LAINF)
- Da quando è registrato/a come dipendente d'un datore di lavoro non soggetto all'obbligo AVS? _____
(Si prega di allegare l'attestato della cassa di compensazione AVS competente)

Luogo:

Data:

Firma: