



=> Vogliate inviare il modulo debitamente compilato e firmato corredato da tutti i documenti necessari a:

Fondazione istituto collettore LPP
Previdenza LPP
Casella postale
6501 Bellinzona

www.aeis.ch
Postfinance
BIC/SWIFT: POFICHBEXXX
IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7

Tel. +41 91 610 24 24
Fax +41 91 610 24 25
Orario d'ufficio Lun - Ven
08:00 - 11:30/13:30 - 16:30

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: _____

E' 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: _____

E' 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: _____

E' 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: _____

E' 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