



=> 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: POFICHBEXX  
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 - 12:00/ 13:30 - 17:00

Datore di lavoro: \_\_\_\_\_

No di affiliazione: \_\_\_\_\_

## Iscrizione

### Informazioni sulla persona

No assic. soc.: \_\_\_\_\_

Lingua:  D  F  I

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

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).

### 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.**

### 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

Confermiamo la correttezza dei dati riportati.

\_\_\_\_\_  
Luogo

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del datore di lavoro

\_\_\_\_\_  
Luogo

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma della persona da assicurare