



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

## Questionario per l'iscrizione di un datore di lavoro

L'azienda da assicurare è un/una:

Società anonima

Sagl

società in nome collettivo

Ditta individuale / Datore di lavoro privato

Associazione

Registro di commercio?          sì          no

Indirizzo di domicilio aziendale:      Nome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
NPA/Luogo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Lingua                                          D          F          I  
Numero di telefono/fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_  
Interlocutore: \_\_\_\_\_

Indirizzo privato (\* e \*\*):              Cognome, Nome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
NPA/Luogo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
No d'assicurato/ No AVS/ \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Lingua                                          D          F          I

\* Per una ditta individuale o un datore di lavoro privato, è obbligatorio indicare l'indirizzo privato e il numero di assicurazione sociale del titolare

\*\* Se l'associazione non è iscritta nel registro di commercio occorre indicare l'indirizzo privato del presidente.

Genere di esercizio/settore: \_\_\_\_\_

Nome e luogo della cassa di compensazione AVS competente: \_\_\_\_\_

Numero di conteggio: \_\_\_\_\_

Nome dell'istituto di previdenza e No di contratto (se esiste una precedente affiliazione LPP) \_\_\_\_\_

Tutti i dipendenti della vostra azienda soggetti alla previdenza professionale obbligatoria saranno assicurati presso la Fondazione istituto collettore?          sì          no

Luogo: \_\_\_\_\_          Data: \_\_\_\_\_          Firma: \_\_\_\_\_