

Notifica alla previdenza per il personale

Dati sul contratto e sulla persona assicurata

Nome del datore di lavoro o della fondazione		Contratto n.	N. AVS della persona assicurata	
<input type="text"/>		<input type="text" value=" /"/>	<input type="text"/>	
Cognome	Nome		Data di nascita	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via, n.	NPA, luogo		Giorno	Mese
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	Anno
Sesso				
<input type="checkbox"/> maschile <input type="checkbox"/> femminile				

Stato civile

celibe/nubile
 coniugato/a
 divorziato/a
 vedovo/a
 in unione domestica registrata
 unione domestica sciolta

Data del matrimonio resp. della registrazione

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Giorno	Mese	Anno

Lingua

D
 F
 I
 S
 E

Entrata nell'impresa entro il 15 del mese → inizio di contribuzione il primo del mese del mese di assunzione
 Entrata nell'impresa dal 16 del mese → inizio di contribuzione il primo del mese del mese successivo

Entrata in servizio

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Giorno	Mese	Anno

Inizio di contribuzione

<input type="text" value="01."/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Giorno	Mese	Anno

Salario annuo AVS determinante

<input type="text"/>
in CHF, proiettato su un anno

Dati relativi alla capacità lavorativa o alla capacità di guadagno

La persona da assicurare è in possesso della piena capacità lavorativa o della piena capacità di guadagno all'inizio dell'assicurazione?

sì
 no*

Quale conseguenza dell'incapacità lavorativa, la persona da assicurare percepisce prestazioni da parte di un'assicurazione svizzera o straniera (p.es. LAI; LAM, LAINE, LPP) o sono state richieste delle prestazioni?

sì
 no

Grado in % della capacità lavorativa o della capacità di guadagno rimanenti.

* Voglia p.f. allegare alla presente notifica i certificati medici, le decisioni e le disposizioni del fornitore di prestazioni.

Dati supplementari (se previsto nel piano di previdenza)

La persona da assicurare è un lavoratore indipendente ai sensi dell'AVS che in conformità al piano di previdenza desidera affiliarsi all'istituto di previdenza della sua azienda?

sì
 no

La persona da assicurare è soggetta all'obbligo di mantenimento?

sì
 no

Grado d'occupazione in %

Categoria del personale

Conferma del datore di lavoro o della fondazione

Luogo	Data		Timbro e firma del datore di lavoro o della fondazione
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Giorno	Mese	
		Anno	