Fondazione istituto collettore LPP
Previdenza LPP

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

Fondazione istituto collettore LPP
Previdenza LPP
Casella postale
8050 Zurigo

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

Tel. +41 41 799 75 75
Fax +41 44 468 23 96
Orario d'ufficio Lun - Ven
08:00 - 12:00 e 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 _____
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 titolar
** 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 AVS: _____

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: