

Notifica di affiliazione

Datore di lavoro

Ragione sociale Contratto n°

Dati relativi alla persona assicurata

Cognome Nome Via / n° NPA / località Data di nascita N° AVS E-mail privata Tel. cell. Sesso maschile femminileStato civile celibe/nubile sposato/a, data divorziato/a vedovo/a unione domestica registrata, data unione domestica scioltaLingua tedesco francese italiano ingleseAffiliazione al gruppo di persone Data di entrata
(vedi definizione piano di previdenza)Salario AVS Grado di occupazione %
(salario lordo annuo adeguato al grado di occupazione)La persona da assicurare è completamente abile al lavoro? Sì NoLa persona da assicurare percepisce delle prestazioni dall'assicurazione invalidità,
dall'assicurazione militare, dall'assicurazione infortuni o da una cassa pensioni? Sì No
Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro