

## ISCRIZIONE PERSONA ASSICURATA

## AVS / Casse pensioni

- Entrata/Iscrizione oppure**     **Modifica salariale (solo per le casse pensioni)**  
 (compilare solo „NAS / N. AVS“, „Valida dal“ e „salario“)

Indicazioni della ditta	
Numero di conteggio .....	Cantone .....
Nome della ditta .....	.....
Persona di contatto e n. tel. ....	E-mail .....

Indicazioni della persona assicurata	
Cognome .....	Nome .....
Indirizzo della persona assicurata .....	
Sesso <input type="checkbox"/> Donna <input type="checkbox"/> Uomo	Data di nascita .....
Numero di assicurazione sociale NAS (ex n. AVS) .....	
Stato civile    dal (data) .....	<input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> separato/a
<input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> unione domestica sciolta	<input type="checkbox"/> unione domestica registrata <input type="checkbox"/> vedovo/a
Lingua <input type="checkbox"/> italiano <input type="checkbox"/> tedesco <input type="checkbox"/> francese	
<b>Salario AVS annuo presumibile + gratifiche (tredicesima)</b>	<b>CHF</b> .....

<b>Data d'entrata / valida dal (giorno, mese, anno)</b> .....
---

Indicazioni cassa pensioni	
<input type="checkbox"/> Cassa pensioni PANVICA <b>oppure</b>	<input type="checkbox"/> PANVICAplus Fondazione di previdenza
<input type="checkbox"/> Piano base LPP BB <b>oppure</b>	<input type="checkbox"/> Piano GG Gastronomia
Grado d'occupazione in percentuale .....	% (solo presso PANVICAplus Fondazione di previdenza)
Nome e indirizzo dell'ultimo datore di lavoro .....	
.....	
.....	

Attualmente il dipendente		
<input type="checkbox"/> è completamente abile al lavoro	<input type="checkbox"/> non è completamente abile al lavoro *	<input type="checkbox"/> è riconosciuto invalido dall'AI * (p.f. allegare decisione dell'AI)
* La relativa cassa pensioni invia al datore di lavoro un modulo separato da compilare		

Indicazioni CAF (assegni familiari)	
Sussiste il diritto ad assegni per figli?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
In caso affermativo, far compilare dal dipendente il modulo „Richiesta per il diritto agli assegni familiari“	

Luogo / Data .....

Timbro e firma del datore di lavoro

.....