



Cassa pensione della SSF
Casella postale 6124
Rue Pedro-Meylan 7
1211 Ginevra 6

Tel.: 058 255 30 80
Fax: 058 255 30 89
info@cpssf.ch
www.cpssf.ch

Per uso interno

N° assicurato : _____
Pretrattamento : ☐ _____
Mupe ok : ☐ _____
Pagina assicurato : ☐ _____

Avviso d'entrata

Questo avviso deve pervenire alla Cassa prima del 15 del mese interessato per ogni nuovo impiegato sottoposto alla LPP.

Datore di lavoro

Ragione sociale : _____ N° della società : _____
Via, n° : _____ Persona di contatto : _____
NPA / località : _____ N° di telefono : _____

Salariato

☐ Signora ☐ Signore Documentazione : ☐ francese ☐ tedesco ☐ italiano
Cognome : _____ Data di assunzione : _____
Nome : _____ Funzione : _____
Via, n° : _____ Stato civile : ☐ celibe/nubile ☐ sposato ☐ divorziato
NPA / località : _____ ☐ separato ☐ vedovo
N° AVS : 756. _____ ☐ altro : _____
Data di nascita : _____ Data del matrimonio civile : _____

Condizioni di affiliazione

Data di affiliazione : _____ Salario annuo AVS lordo : CHF _____
(al 1° del mese) (comprese 13° e gratifica)
Tasso di occupazione : _____ %
Collettivo (secondo convenzione d'adesione firmata) : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Salario assicurato (determinato secondo collettivo sopra) Salario annuo assicurato : CHF _____

Affiliazione precedente

Secondo la legge, l'assicurato conferma con la sua firma di impegnarsi a trasferire all'affiliazione tutti i suoi averi di libero passaggio sul nostro conto IBAN n° CH18 0900 0000 1200 3402 4 (al cliente perverrà un bollettino per il versamento).

L'assicurato è già registrato presso la Cassa pensione della SSF?

☐ sì, n° assicurato : _____ ☐ no

L'assicurato è già registrato presso un altro istituto?

☐ sì, nome istituto : _____ ☐ no

I firmatari di questo documento attestano che i dati sono completi e veritieri. In caso di modifica a uno degli elementi della presente dichiarazione, le parti interessate si impegnano ad informare tempestivamente la Cassa. In caso di dati non corretti o incompleti, quest'ultima può, nel quadro delle disposizioni di legge e/o regolamentari, ridurre o rifiutare le prestazioni, così come far valere pretese in risarcimento danni ed interessi.

Luogo e data : _____

Firma dell'assicurato : _____ Firma del datore di lavoro : _____