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 per indipendente

Questo avviso deve pervenire alla Cassa prima del 15 del mese interessato.

Società

Nome : _____ N° della società : _____

Via, n° : _____ Persona di contatto : _____

NPA / località : _____ N° di telefono : _____

Assicurato

❑ Signora ❑ Signore Documentazione : ❑ francese ❑ tedesco ❑ italiano

Cognome : _____

Nome : _____ Stato civile : ❑ celibe/nubile ❑ sposato ❑ divorziato

Via, n° : _____ ❑ separato ❑ vedovo

NPA / località : _____ ❑ altro : _____

N° AVS : 756._____

Data di nascita : _____ Data del matrimonio civile : _____

Condizioni di affiliazione

Data di affiliazione : _____ Salario annuo AVS lordo : CHF _____
(al 1° del mese) (comprese 13ª e gratifica)

Tasso di occupazione : _____%

Salario assicurato
(determinato secondo convenzione d'adesione firmata) Salario annuo assicurato : CHF _____

Senza indicazioni contrarie da parte sua, i suoi contributi saranno riportati direttamente sulla fattura della farmacia.

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

Il firmatario di questo documento attesta che i dati sono completi e veritieri. In caso di modifica di uno degli elementi della presente dichiarazione, il firmatario si impegna 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 : _____