groupemutuel
fondazione collettiva

Avviso d'entrata

Datore di lavoro

Ragione sociale: _____ N° di contratto.: _____

Persona assicurata

Cognome: _____ N° assicurazione sociale: 756. _____

Nome: _____ Data di nascita: _____

Indirizzo: _____ Stato civile: _____

CAP/Luogo: _____ Data del matrimonio (LUD): _____

Cittadinanza: _____ Professione: _____

Lingua per la corrispondenza: ☐ FR ☐ DE ☐ IT ☐ EN Sesso: ☐ M ☐ F

Dati contrattuali

Decorrenza del contratto: _____

Salario AVS annualizzato: _____

Tasso d'attività in %: _____

Piano / cerchia di assicurati: _____

La persona da assicurare gode attualmente e nel momento in cui comincia a decorrere l'assicurazione della piena capacità lavorativa? ☐ sì ☐ no

L'assunzione avviene a seguito di una riconversione professionale da parte dell'Assicurazione per l'Invalidità (AI)? ☐ sì ☐ no

Osservazioni

_____

_____

_____

Il datore di lavoro completa i dati soprastanti e appone la propria firma.

Con la sua firma, il datore di lavoro conferma di aver risposto in modo completo e veritiero alle suddette domande. In caso di false dichiarazioni o di dichiarazioni incomplete, la fondazione può rifiutare le prestazioni sovraobbligatorie. La fondazione si riserva il diritto di esaminare l'adesione sulla base delle informazioni fornite.

Luogo e data: _____

Timbro e firma del datore di lavoro: _____

Fondazione Collettiva Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5 – Casella postale
CH-1919 Martigny
www.groupemutuel.ch

Contatto
Previdenza professionale
lpp@groupemutuel.ch