

Notifica di modifica

Si prega di compilare in stampatello.

☐ Pensionskasse (Fondo pensione) ☐ Vorsorgestiftung (Fondazione di previdenza)

☐ Nuovo ingresso ☐ Rientro ☐ Modifica retribuzione ☐ Modifica piano
☐ Modifica categoria persone ☐ Modifica Nome/Stato civile ☐ Correzione data di nascita/ N° AVS

1. Ditta

Nome

Assicurato/Contratto N°

2. Validità

Valido da Categoria persone

3. Persona da assicurare

☐ Lavoratore/lavoratrice dipendente ☐ Lavoratore/lavoratrice autonomo/a ☐ Collaboratore/trice

Stagionale Cognome Nome

Numero dell'assicurazione sociale

Data di nascita Sesso ☐ m ☐ f

Via, numero civico CAP Luogo

Paese

Telefono privato Telefono ufficio

Telefono cellulare E-Mail

Stato civile ☐ celibe/nubile ☐ unione civile registrata
☐ coniugato/a ☐ divorziato/a ☐ vedovo/a

Data del matrimonio Lingua ☐ DE ☐ FR ☐ IT ☐ EN

Frontaliero ☐ sì ☐ no Paese transfrontaliero

3.1 La persona da assicurare è pienamente abile al lavoro? ☐ sì ☐ no

3.2 La persona da assicurare percepisce prestazioni da assicurazione di invalidità, assicurazione militare o infortuni o un fondo pensione? ☐ sì ☐ no

▼ Si prega di prestare attenzione alla pagina seguente.



4. Occupazione

Per l'assicurazione – anche nel caso di collaboratori stagionali - è determinante la retribuzione AVS proiettata su tutto l'anno.

Retribuzione annua in CHF

Collaboratore/trice part-time

☐ sì, grado di occupazione in %

☐ no

5. Istituto di previdenza fino a oggi

Nome dell'istituto di previdenza

Indirizzo

Via, numero civico

CAP

Luogo

Data di uscita (se nota)



Si prega di allegare copie dei calcoli di uscita, di eventuali conti di libero passaggio o di polizze di libero passaggio e del precedente certificato d'assicurazione.

Luogo

Data

Timbro e firma della ditta



Indicazione

- A norma di legge l'intera prestazione di libero passaggio deve essere trasferita al nuovo istituto di previdenza.



► Si prega di inviare il presente modulo compilato, firmato e con la necessaria documentazione a Asga, Postfach, 9001 St.Gallen.