

Obbligo contributivo AVS

Notifica personale

Occupazione personale nuovo. La invitiamo a voler completare il seguente questionario.

Dati dell'azienda

Nome	Numero CH (UID)
	Data iscrizione registro di commercio / Data della fondazione
	Lingua di corrispondenza Cassa di compensazione attuale
Ramo	Proprietario precedente

Indirizzo dell'azienda

Supplemento all'indirizzo (per es. 'all'attenzione di...')	Telefono	
Via	Fax	
Casella postale	E-mail	
NAP	Luogo	Homepage

Persona di contatto

Nome	Telefono diretto
Cognome	Indirizzo e-mail

Sede legale (se non corrisponde all'indirizzo dell'azienda)

Supplemento all'indirizzo (per es. 'all'attenzione di...')	Telefono
Via	Fax
Casella postale	
NAP	Luogo

Indirizzo di consegna (se non corrisponde all'indirizzo dell'azienda)

Destinatario	
Supplemento all'indirizzo (per es. 'all'attenzione di')	Telefono
Via	Fax
Casella postale	
NAP	Luogo

Conto bancario o postale

Numero IBAN (21 cifre)

<input type="text"/>																				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Se non in possesso del numero IBAN, vogliate compilare i seguenti punti:

Pagamento tramite <input type="radio"/> Banca <input type="radio"/> Conto postale	Conto postale
No. clearing/Banca	
Conto bancario	

Dipendenti

Numero dipendente:

<input type="text"/>

Come dipendenti, sono considerati anche rappresentanti, apprendisti, ausiliari e dipendenti con contratto a termine.

Salari soggetti all'AVS da (data):	Somma salariale AVS presumibile.
------------------------------------	----------------------------------

Sulla base di questi dati saranno determinati gli acconti. La somma salariale dovrà comprendere anche eventuali tantiem, onorari CdA e altre remunerazioni.

È già affiliato ad una cassa di compensazione assegni familiari (CAF)?

<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	Se sì, nome della CAF:
---	------------------------

Assegni familiari anticipati

Pagamento a dipendenti con figli o giovani in formazione

<input type="text"/>

Previdenza professionale

Poiché si tratta di un nuovo dipendente (Dip) ci necessitano le seguenti indicazioni:

I suoi dipendenti sono affiliati ad una cassa pensione registrata?

Sì No Affiliazione in corso

Nome ed indirizzo della cassa pensione

Numero polizza (deve essere allegato copia del contratto di adesione)

Motivo d'esenzione:

- non occupiamo dipendenti sottoposti alla LPP
- salari inferiori all'importo di coordinazione (CHF 20880.00/anno risp. CHF 1740.00/mese)
- contratti di lavoro a durata determinata inferiori a 3 mesi
- si tratta unicamente di attività accessorie (per es. onorari consiglio d'amministrazione)
- i dipendenti sono invalidi al 70% ai sensi dell'AI
- i dipendenti sono membri di famiglia del proprietario in un'azienda agricola
- i dipendenti non sono salariati continuamente in Svizzera (liberati da parte dell'istituto di previdenza)

Desidera per lei e/o per i suoi dipendenti affidarsi presso la nostra cassa pensione?

Sì No

Assicurazione infortuni obbligatoria

In base alla Legge infortuni, con chi ha concluso un'assicurazione infortuni per i suoi dipendenti? Le casse di compensazione sono tenute ad effettuare questo controllo.

Nome ed indirizzo dell'ente assicurativo (per es. SUVA):

Numero polizza (allegare una copia del contratto d'assicurazione)

Documenti da inviare

Conferma

Osservazioni

Luogo e data

Timbro e firma