

## Avviso d'entrata

### Datore di lavoro

Ragione sociale	N° di contratto
CAP/Luogo	Categoria (se necessario)

### Persona da assicurare

Cognome	Nome	
Data di nascita	Sesso	
N° d'assicurazione	Professione	
Stato civile	Data del matrimonio (incl. LUD)	
Lingua <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E	Nazionalità	
Indirizzo completo		
Data d'entrata	Salario AVS annuo, in Fr.	Tasso d'attività, in %

La persona da assicurare è al momento e all'inizio dell'assicurazione pienamente abile al lavoro ?  sì  no

L'assunzione si basa su una riqualificazione dell'Assicurazione federale invalidità (AI) ?  sì  no

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 conforme al vero alle domande soprastanti. In caso di false dichiarazioni o di dichiarazioni incomplete, la fondazione LPP può rifiutare le prestazioni sovraobbligatorie. La fondazione LPP si riserva il diritto di valutare l'adesione sulla base delle informazioni ottenute.

Luogo, data, firma e timbro del datore di lavoro