

Avviso d'entrata

Fondazione Groupe Mutuel Previdenza Mutuelle Valaisanne de Prévoyance

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 F D I 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