



Cassa pensione della SSF  
Casella postale 6124  
Rue Pedro-Meylan 7  
1211 Ginevra 6

Tel.: 022 718 99 88  
Fax: 022 718 99 89  
info@cpssf.ch  
www.cpssf.ch

#### Per uso interno

N° assicurato : \_\_\_\_\_  
Pretrattamento :  \_\_\_\_\_  
Mupe ok :  \_\_\_\_\_  
Pagina assicurato :  \_\_\_\_\_

## Avviso d'entrata per indipendente

Questo avviso deve pervenire alla Cassa prima del 15 del mese interessato.

### Società

Nome : \_\_\_\_\_ N° della società : \_\_\_\_\_  
Via, n° : \_\_\_\_\_ Persona di contatto : \_\_\_\_\_  
NPA / località : \_\_\_\_\_ N° di telefono : \_\_\_\_\_

### Assicurato

Signora     Signore    Documentazione :  francese     tedesco     italiano  
Cognome : \_\_\_\_\_  
Nome : \_\_\_\_\_ Stato civile :  celibe/nubile     sposato     divorziato  
Via, n° : \_\_\_\_\_  separato     vedovo  
NPA / località : \_\_\_\_\_  altro : \_\_\_\_\_  
N° AVS :        756. \_\_\_\_\_  
Data di nascita : \_\_\_\_\_ Data del matrimonio civile : \_\_\_\_\_

### Condizioni di affiliazione

Data di affiliazione : \_\_\_\_\_ Salario annuo AVS lordo : CHF \_\_\_\_\_  
(al 1° del mese) (comprese 13° e gratifica)  
Tasso di occupazione : \_\_\_\_\_ %  
Salario assicurato  
(determinato secondo convenzione d'adesione firmata)    Salario annuo assicurato : CHF \_\_\_\_\_

**Senza indicazioni contrarie da parte sua, i suoi contributi saranno riportati direttamente sulla fattura della farmacia.**

### Affiliazione precedente

Secondo la legge, l'assicurato conferma con la sua firma di impegnarsi a trasferire all'affiliazione tutti i suoi averi di libero passaggio sul nostro conto IBAN n° CH18 0900 0000 1200 3402 4 (al cliente perverrà un bollettino per il versamento).

L'assicurato è già registrato presso la Cassa pensione della SSF?

sì, n° assicurato : \_\_\_\_\_  no

L'assicurato è già registrato presso un altro istituto?

sì, nome istituto : \_\_\_\_\_  no

Il firmatario di questo documento attesta che i dati sono completi e veritieri. In caso di modifica di uno degli elementi della presente dichiarazione, il firmatario si impegna ad informare tempestivamente la Cassa. In caso di dati non corretti o incompleti, quest'ultima può, nel quadro delle disposizioni di legge e/o regolamentari, ridurre o rifiutare le prestazioni, così come far valere pretese in risarcimento danni ed interessi.

Luogo e data : \_\_\_\_\_ Firma dell'assicurato : \_\_\_\_\_