

Iscrizione alla cassa pensione (LPP) – società di persone

Dati della società

Ragione sociale: _____

Forma giuridica: Società semplice Società in accomandita
 Società in nome collettivo Comunione ereditaria

Data iscrizione registro di commercio/Data della fondazione: _____

Numero IDI:

Data di apertura dell'esercizio: _____

C H E -

Ramo: _____

Titolare precedente: _____

Lingua di corrispondenza: Tedesco Francese Italiano

Indirizzo dell'azienda

Nome dell'esercizio: _____

Via, Numero: _____

Casella postale: _____

NPA, Località: _____

Telefono: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Sito Web: _____

Persona da contattare

Cognome, Nome: _____

Telefono diretto: _____

E-Mail: _____

Indirizzo di recapito della corrispondenza commerciale

Nome dell'esercizio: _____

Cognome, Nome: _____

Via, Numero: _____

Casella postale: _____

NPA, Località: _____

Telefono: _____

Fax: _____

Se si tratta di un esercizio stagionale, vi preghiamo di indicare i periodi:

Stagione estiva (dal – al): _____

Stagione invernale (dal – al): _____

Siete già affiliati a una cassa di compensazione (AVS)?

Sì No

Se sì, nome della cassa di compensazione: _____

Siete già affiliati a una cassa pensione (CP) per i vostri dipendenti?

Sì No

Se sì, vi preghiamo di allegare una copia della conferma della disdetta della cassa pensione precedente.

1. Dati personali del socio e indirizzo di domicilio (domicilio fiscale)

Cognome/i: _____

Nome/i: _____

Numero d'assicurato: _____

Data di nascita: _____

Via, Numero: _____

NPA, Località: _____

Telefono: _____

E-Mail: _____

Attività indipendente come:

Attività principale

Attività accessoria

2. Dati personali del socio e indirizzo di domicilio (domicilio fiscale)

Cognome/i: _____

Nome/i: _____

Numero d'assicurato: _____

Data di nascita: _____

Via, Numero: _____

NPA, Località: _____

Telefono: _____

E-Mail: _____

Attività indipendente come:

Attività principale

Attività accessoria

3. Dati personali del socio e indirizzo di domicilio (domicilio fiscale)

Cognome/i: _____

Nome/i: _____

Numero d'assicurato: _____

Data di nascita: _____

Via, Numero: _____

NPA, Località: _____

Telefono: _____

E-Mail: _____

Attività indipendente come:

Attività principale

Attività accessoria

Documenti da allegare

- Copia della conferma della disdetta da parte della cassa pensione precedente (nel caso di cambiamento di cassa)
- Copia dell'estratto dal registro di commercio
- Contratto di adesione a GastroSocial

Osservazioni: _____

Indicazioni generali

- Un'eventuale violazione dell'obbligo di notifica o la fornitura di indicazioni errate autorizzano la Cassa pensione GastroSocial a recedere dall'assicurazione.
- La Cassa pensione GastroSocial si riserva il diritto di richiedere il rapporto di una visita medica per verificare il sussistere delle condizioni regolamentari di accettazione.
- La Cassa pensione GastroSocial si riserva il diritto di rifiutare la stipula di un'assicurazione.

Dichiaro di aver risposto a tutte le domande di questo modulo d'iscrizione in modo veritiero e completo e di aver preso atto dei punti indicati sotto «Indicazioni generali».

Luogo e data**Timbro e firma legale (Socio 1)**

Luogo e data**Timbro e firma legale (Socio 2)**

Luogo e data**Timbro e firma legale (Socio 3)**

Una documentazione d'iscrizione incompleta produce ritardi nell'elaborazione della pratica.

Firmare e spedire a GastroSocial.