

Contratto di affiliazione Scala per quadri

fra il datore di lavoro indicato e la Cassa pensione GastroSocial per l'azienda sotto indicata

Datore di lavoro:

Numero IDI:

C H E -

Persona giuridica, come da iscrizione RC (società anonima, Sagl, cooperativa, fondazione, associazione, società in accomandita per azioni, ente di diritto pubblico, p.es. Esempio SA, Ristorante Esempio Sagl ecc.), azienda individuale (ditta individuale) o società di persone con o senza iscrizione RC (società semplice, società in nome collettivo, società in accomandita, comunione ereditaria, p.es. Esempio & Co., Esempio + Modello, Esempio + Partner ecc.)

Persone assicurate:

Numero di conteggio:

(p.es. quadri, direzione, direzione uffici)

Via, Numero:

NPA, Località:

Telefono:

E-Mail:

1 Tra la data di adesione dell'azienda e la sottoscrizione del presente contratto di adesione sussistevano casi di incapacità lavorativa tra le persone da assicurare? Sì No

2 Il datore di lavoro chiede l'affiliazione per le persone sopra indicate alla Cassa pensione GastroSocial dal:

Giorno Mese Anno

- Piano di previdenza desiderato:
- Scala Basis Assicurazione di base conforme alla LPP
 - Scala Top Assicurazione complementare per salari più elevati
 - Scala Plus Assicurazione complementare per salari e prestazioni più elevati
 - Integral Aggiunta ai piani sopra indicati: Assicurazione dell'intero salario lordo AVS, senza deduzione di coordinamento
 - Secondo il piano di previdenza in appendice

Come desidera inoltrare la dichiarazione dei salari alla Cassa pensione GastroSocial?

- mensilmente
- trimestralmente
- annualmente

In assenza di una risposta in merito, è data per scontata una dichiarazione dei salari trimestrale.

3 Persone da assicurare:

Si prega di riprendere i dati delle persone da assicurare secondo l'offerta del:

Secondo la lista allegata

Secondo l'elenco:

Numero AVS:

Cognome, Nome:

Salario lordo annuo AVS:

Cognome, Nome:

Salario lordo annuo AVS:

Numero AVS:

