

Notifica di entrata da parte del dipendente

(Questo modulo deve essere compilato dalla persona assicurata)

Dati impresa

Impresa

Data di entrata

.....

.....

Dati assicurato

Cognome

Nome

.....

.....

Via/no./aggiunta

CAP/Località (Paese)

.....

.....

Data di nascita

Sesso

Numero di assicurazione sociale

.....

.....

Stato civile

valido dal

.....

.....

Indirizzo e-mail per chiarimenti

Numero di telefono per chiarimenti

.....

.....

Coniuge risp. partner registrato

Cognome/Nome

.....

Data di nascita

.....

**Promozione della
proprietà d'abitazione**Prelievi effettuati per la proprietà di
abitazione sì no

Somma dei prelievi

.....

Data dell'ultimo prelievo

.....

Costituzione in pegno per proprietà
di abitazione sì no

Creditore pignoratizio

.....

Capacità lavorativa

Negli ultimi 5 anni ha avuto dei problemi di salute che hanno causato un'incapacità lavorativa di oltre 3 settimane?

sì no

Deve restare assente dal lavoro, completamente o parzialmente, per motivi di salute?

sì no

Non svolge più, per motivi di salute, un'attività conforme alla sua formazione e alle sue capacità?

sì no

Ha fatto richiesta di prestazioni o riceve prestazioni dall'assicurazione di indennità giornaliera, infortuni o invalidità o da un istituto di previdenza?

sì no

La Sua entrata rappresenta un provvedimento di reintegrazione dell'assicurazione federale per l'invalidità?

sì no

Trasferimento della prestazione di libero passaggio

Al momento del cambiamento di posto di lavoro ed entrata alla CPE, la prestazione di uscita del precedente istituto di previdenza nonché gli altri averi di previdenza presso eventuali istituti di libero passaggio del 2° pilastro devono essere trasferiti alla CPE (art. 3 LFLP).

Il libero passaggio viene trasferito

Ragioni per il libero passaggio mancante

libero pass. dell'ultima cassa pensione

finora solo assicurato per rischio

conto o polizza di libero passaggio

finora lavoratore autonomo

finora lavoratore all'estero

finora non superato il salario minimo

finora non lavorato

pensionato(a) in anticipo

Firma

Luogo, data

Firma assicurato/a

.....

.....