

Questionario per l'affiliazione delle persone giuridiche

(Società anonime S.A., Immobiliari, Finanziarie, Holding, Società a garanzia limitata s.a.g.l., Società cooperative, Associazioni, Enti di diritto pubblico o religioso, corporazioni e congregazioni, casse malati, ecc.)

1) Ragione sociale _____

2) Recapito

Via e numero _____ Casella postale _____

NAP e luogo _____

3) Sede dell'azienda _____

4) Ramo professionale _____

5) Occupate salariati? (sono considerati tali anche i viaggiatori di commercio pagati a provvigioni, apprendisti, personale ausiliario e cottimisti, ecc.)

sì no

se sì, da quando? _____

G. M. A.

Quanti? _____

6) I membri del consiglio di amministrazione ricevono personalmente onorari, tantièmes o altri emolumenti?

sì no

Se sì, in quale anno ha avuto luogo il primo versamento? _____

Se no, a chi sono versate queste retribuzioni? _____

7) A quanto valutate la somma annua: a) dei salari Fr. _____

b) degli assegni Fr. _____

8) Fate parte di un'associazione professionale? sì no Se sì, nome? _____

Da quando? _____

G. M. A.

9) Siete iscritto ad una cassa assegni familiari? sì no Se sì, nome? _____

Da quando? _____

G. M. A.

10) Avete delle succursali? sì no Se sì, quante? _____

Dove? _____

11) Iscrizione a registro di commercio? sì no

12) Data dell'iscrizione _____

G. M. A.

13) Numero di telefono : _____

14) Conto corrente postale : _____

15) N° clearing bancario : _____ Conto corrente bancario: _____

Banca: _____ Sede della banca: _____

16) Amministratore responsabile

Cognome e nome _____ Indirizzo _____

<p>n. conteggio</p> <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>										
<p>Data dell'inizio dell'affiliazione</p> <p>_____</p>										

(lasciare in bianco)

17) Avete stipulato un'assicurazione secondo la LAINF per tutti i vostri dipendenti?

SI

SUVA

nome e indirizzo della Cassa malati, dell'assicurazione privata, riconosciute

NO

(per quale motivo?) _____

18) Siete affiliato a un istituto di previdenza (LPP) iscritto nel registro della previdenza professionale per tutti i vostri dipendenti?

SI

Nome e indirizzo del(degli) Istituto(i) di previdenza:

NO

Perchè? Motivo da indicare in ogni caso (vedi promemoria da cifra 1.1 a 1.7).

19) Osservazioni:

Data _____

Bollo o Firma _____

RAPPORTO DELL'AGENZIA COMUNALE

I dati sopra esposti sono conformi?

sì no

La società o l'ente versava già contributi AVS in un altro Comune?

sì no

Se sì, indicare

a) il Comune _____

b) il numero di conteggio _____

Osservazioni:

Data _____

Bollo e firma dell'Agenzia _____

Allegato: certificato AVS (oppure modulo «domanda di certificato di assicurazione» - form. 318.26o)