

Nota indennità per aumento dei contributi

Persona assicurata

Cognome, nome _____

Numero d'assicurato (756.xxxx.xxxx.xx) _____

Via, n° _____

NAP, luogo _____

Emittente della fattura

Nome della ditta _____

Cognome e nome della persona di contatto _____

E-Mail, numero di telefono (per eventuali chiarimenti) _____

Via, n° _____

NAP, luogo _____

Conteggio

NIF (sarà comunicato dopo la prima fatturazione) _____

Numero della decisione/comunicazione _____

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x) _____

Cognome, nome dell'intestatario del conto (nel caso in cui non sia
l'emittente della fattura) _____

Via, N° dell'intestatario del conto _____

NAP, luogo dell'intestatario del conto _____

Tipo dell'aumento dei contributi	
<input type="checkbox"/> Previdenza professionale	Nome dell'istituto di previdenza:
<input type="checkbox"/> Assicurazione indennità giornaliera in caso di malattia	Nome dell'assicurazione:

Forfait giornaliero	Numero giorni conteggiabili	Importo in CHF	Totale in CHF	Cifra tariffale
Aziende con non più di 50 collaboratori		48.00		551.01
Aziende con oltre 50 collaboratori		34.00		551.02

Osservazioni

Visto dell'ufficio AI: