

# Nota indennità per aumento dei contributi

Data della fattura \_\_\_\_\_

**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 (se disponibile) \_\_\_\_\_

Numero della decisione/comunicazione \_\_\_\_\_

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xx 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**
 Previdenza professionale      Nome dell'istituto di previdenza: \_\_\_\_\_

 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**


---



---



---



---



---

Voglia inviare questo formulario all'Ufficio AI competente.

Visto dell'ufficio AI: