

Inviare a:

Cassa pensione dei Macellai  
c/o Cassa AVS dei Macellai  
Wytttenbachstrasse 24  
Casella postale  
3000 Berna 22

## Modifica del salario previdenza LPP

all'attenzione della Cassa pensione dei Macellai



### Datore di lavoro

Nome: \_\_\_\_\_ No. di membro: \_\_\_\_\_

### Generalità della persona assicurata

Cognome, nome: \_\_\_\_\_

Numero AVS: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Via e numero: \_\_\_\_\_

CAP, luogo: \_\_\_\_\_

### Modifica del salario

Modifica del salario valido dal: \_\_\_\_\_

Piano di previdenza (cfr. certificato di previdenza): \_\_\_\_\_

Grado di occupazione: \_\_\_\_\_

Salario soggetto a l'AVS proiettato su un anno  
intero incl. gratifiche e tredicesima: \_\_\_\_\_ CHF

### Informazioni sullo stato di salute

Attualmente e alla data della modifica del salario, la persona assicurata è totalmente abile al lavoro?  Sì  No

### Questionario sullo stato di salute

In caso di aumento di salario, le seguenti persone devono compilare il questionario sullo stato di salute e inoltrarlo direttamente alla Cassa pensione dei Macellai:

- **Tutte le persone non completamente abili al lavoro.**
- **Tutte le persone assicurate nei piani estesi o piani speciali.**
- **Tutti gli indipendenti.**

Trovate il questionario sullo stato di salute su internet [www.ahvpkmetzger.ch](http://www.ahvpkmetzger.ch) oppure direttamente presso di noi.

### Firma del datore di lavoro

Luogo, data: \_\_\_\_\_

Timbro e firma del datore di lavoro: \_\_\_\_\_