

Ripartizione dei contributi tra dipendenti e datore di lavoro

N. di affiliazione: _____ Datore di lavoro / Medico indipendente: _____

Ragione sociale in base al registro di commercio (qui di seguito il datore di lavoro)

Nome della ragione sociale _____

Indirizzo _____

Telefono _____ E-mail _____

Cognome e nome della persona responsabile _____

Modifica della ripartizione dei contributi

Conformemente all'articolo 53 cpv. 3 del regolamento di previdenza della Fondazione AROMED, il contributo dei dipendenti ammonta in linea di principio al 50% dei contributi totali (risparmio, rischio e costi). Su richiesta, mediante modifica del contratto di affiliazione, può essere prevista una partecipazione maggiore da parte del datore di lavoro, ai sensi dell'articolo 66 cpv. 1 della Legge sulla previdenza professionale (LPP).

Con il presente modulo, desideriamo modificare la ripartizione dei pagamenti dei contributi come segue:

Quota di contributo del dipendente: _____ %

+

Quota di contributo del datore di lavoro: _____ % (*minimo 50%*)

Totale 100 %

Data di modifica: ____ / ____ / ____

Firma

Il presente documento serve come modifica del contratto di affiliazione tra il datore di lavoro e la Fondazione AROMED

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro/medico indipendente

