

Modulo di conteggio per i datori di lavori di liberi professionisti

Inviare il modulo debitamente compilato e firmato a:

vorsorgestiftung film und audiovision, zH. Durchführung und Inkasso, Postfach 300, 8401 Winterthur, Tel. 058 215 31 28

Datore di lavoro (debitore): Inserire qui ditta o cognome e indirizzo e passare al prossimo campo con i tabulatori

Contratto n. /

Anno: Conteggio per 1° trimestre: 1.1 – 31.3 2° trimestre: 1.4 – 30.6 3° trimestre: 1.7 – 30.9 4° trimestre: 1.10 – 31.12

N. assicurazione sociale	Cognome e nome	Sesso (m/f)	Data di nascita	Indirizzo	N. produzione o parola chiave	Durata d'impiego* settimana mese	Salario AVS	12% contributo cassa pensione
--------------------------	----------------	-------------	-----------------	-----------	-------------------------------	----------------------------------	-------------	-------------------------------

* Durata d'impiego per il salario indicato nel campo del salario AVS arrotondato alla settimana (minimo 1 settimana)

Totale salario AVS / contributo CP:

Con il pagamento dei contributi della cassa pensione, il datore di lavoro adempie il suo obbligo di contribuzione per il gruppo di persone annunciate all'istituto di previdenza, per il rispettivo trimestre (assicurazione obbligatoria conformemente all'art. 11 LPP e all'art. 7 cpv. 2 OPP2; assicurazione facoltativa conformemente all'art. 46 LPP). Con la sua firma, il datore di lavoro conferma di accettare i regolamenti della Fondazione di previdenza.

Si prega di verificare se le persone interessate sono già annunciate ed assicurate.

Relazione bancaria per i contrib. CP: Credit Suisse, casella postale, 8070 Zurigo, conto postale 80-500-4, n. di conto 704635-11, clearing 4835, IBAN CH86 0483 5070 4635 1100 0 (beneficiario: vfa vorsorgestiftung film und audiovision, Heinrichstrasse 147, 8005 Zürich)

Il pagamento dei contributi va effettuato **trimestralmente**, al più tardi entro la fine del mese successivo alla fine del trimestre. I contributi del 4° trimestre devono pervenire al più tardi entro il 31 gennaio dell'anno successivo, altrimenti non possono essere più essere accreditati alle persone assicurate nell'anno di computo!

Il sottoscritto datore di lavoro riconosce di essere debitore dei contributi di cassa pensione indicati sopra e s'impegna a pagarli.

Il modulo debitamente firmato è considerato un riconoscimento del debito ai sensi dell'art. 82 LEF.

Luogo: _____ Data: _____ Firma: _____