



**Assicurazione perdita di guadagno**  
**Polizza n.**

**Dichiarazione della somma salariale**

Gentile cliente

La preghiamo di rinviarci **la dichiarazione debitamente compilata e firmata**. A questa dichiarazione la preghiamo di allegare una copia del conteggio inoltrato alla Cassa di compensazione AVS. La ringraziamo sentitamente.

Periodo di conteggio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

| <b>Gruppo 1</b>                  | <b>Somma salari uomini CHF</b>             | <b>Somma salari donne CHF</b> |
|----------------------------------|--|-------------------------------|
| Totale delle retribuzioni        | gruppo degli assicurati secondo la polizza |                               |
| Salari soggetti AVS              | .....                                      | .....                         |
| <b>Numero persone assicurate</b> | .....                                      | .....                         |

| <b>Gruppo 2 (se esistente)</b>   | <b>Somma salari uomini CHF</b>             | <b>Somma salari donne CHF</b> |
|----------------------------------|--|-------------------------------|
| Totale delle retribuzioni        | gruppo degli assicurati secondo la polizza |                               |
| Salari soggetti AVS              | .....                                      | .....                         |
| <b>Numero persone assicurate</b> | .....                                      | .....                         |

| <b>Relazioni di pagamento per eventuali rimborsi</b> |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Banca</b>                | <input type="checkbox"/> <b>Posta</b> |
| Conto n. ....  | Conto n. ....                         |
| Banca .....  |                                       |
| Clearing n. ....                                     |                                       |

Il sottoscritto certifica di aver indicato nella presente dichiarazione tutti i salari, gli stipendi e le altre retribuzioni soggetti a premi.

**Luogo e data**

**Contraente assicurativo (timbro e firma)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_