



**Assicurazione infortuni secondo LAINF**  
**Polizza n. «Vtr\_Kunden\_Nr»**

**Dichiarazione della somma salariale**

Gentile cliente

La preghiamo di rinviarci **la dichiarazione debitamente compilata e firmata**, considerando con attenzione le rispettive istruzioni. La ringraziamo sentitamente.

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

| <b>Assicurazione obbligatoria</b>   | <b>Somma salari uomini CHF</b> | <b>Somma salari donne CHF</b> |
|---|--------------------------------|-------------------------------|
| Totale delle retribuzioni   |                                |                               |
| 1. Salari soggetti AVS  | + .....                        | + .....                       |
| 2. Familiari collaboranti, soci, azionisti e soci cooperativi   | + .....                        | + .....                       |
| 3. Salari non soggetti ad AVS   | + .....                        | + .....                       |
| 4. Salari minimi  | + .....                        | + .....                       |
| <b>Totale somma salariale soggetta a premi per l'assicurazione contro gli infortuni professionali</b>     | = .....                        | = .....                       |
| 5. Somme dei salari di persone assicurate solo contro infortuni professionali                             | - .....                        | - .....                       |
| <b>Totale somma salariale soggetta a premi per l'assicurazione contro gli infortuni non professionali</b> | = .....                        | = .....                       |
| <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)**

Per spiegazioni vedi (Istruzioni per la dichiarazione della somma salariale LAINF)