



Assicurazione supplementare LAINF
Polizza n. «Vtr_Kunden_Nr»

Dichiarazione della somma salariale

Gentile cliente

La preghiamo di rinviarci **la dichiarazione debitamente compilata e firmata**. Prima di compilare la dichiarazione consulti le disposizioni nella polizza così come le rispettive istruzioni. La ringraziamo sentitamente.

Periodo di conteggio dal _____ al _____

Salari LAINF	Somma salari uomini CHF	Somma salari donne CHF
Totale delle retribuzioni	gruppo degli assicurati secondo la polizza	
1. Salari soggetti AVS (salari fino a CHF 106'800.--)
Numero persone assicurate

Salari eccedenti LAINF	Somma salari uomini CHF	Somma salari donne CHF
Totale delle retribuzioni	gruppo degli assicurati secondo la polizza	
2. Salari soggetti AVS (salari oltre CHF 106'800.--)
Numero persone assicurate

Relazioni di pagamento per eventuali rimborsi	
<input type="checkbox"/> Banca	<input type="checkbox"/> Posta
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)