



## Dichiarazione delle somme salariali Assicurazione perdita di guadagno

contraente  inoltrare entro il 31.01.2019  
Numero di contratto  anno di dichiarazione 2018

1/1

Gruppo di persone assicurate	Salario massimo per persona in CHF	Periodo di dichiarazione	Numero di persone	Somma salariale AVS determinante in CHF
Gruppo di persone:	<input type="text"/>			
uomini	300 000.00	01.01.2018 – 31.12.2018	<input type="text"/>	<input type="text"/>
donne	300 000.00	01.01.2018 – 31.12.2018	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gruppo di persone:	<input type="text"/>			
uomini	300 000.00	01.01.2018 – 31.12.2018	<input type="text"/>	<input type="text"/>
donne	300 000.00	01.01.2018 – 31.12.2018	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Il firmatario conferma che la presente dichiarazione riporta tutti i salari AVS determinanti e i contributi soggetti al pagamento dei premi.

luogo e data

Timbro/firma

### Allegare una copia della dichiarazione AVS.

La preghiamo di inviarci il formulario come anche la copia della dichiarazione AVS compilati e firmati entro il 31.01.2019.

In assenza della dichiarazione di massa salariale, Sympany è autorizzata a stimare il conteggio definitivo come anche la modifica dei futuri acconti premi.