

## Questionario per l'affiliazione di amministrazioni di immobili

### 1. Denominazione e indirizzo della proprietà nel Cantone dei Grigioni

Nome \_\_\_\_\_  
Supplemento di indirizzo \_\_\_\_\_  
Via/numero \_\_\_\_\_  
NPA/Località \_\_\_\_\_

### 2. Indirizzo di recapito (per fatture e corrispondenza)

Recapito identico all'indirizzo della proprietà (punto 1)  
 Recapito diverso o invio a un rappresentante (**allegare procura**)  
 Signor    Signora                      Lingua di corrispondenza    italiano    tedesco  
Nome, cognome o ragione sociale \_\_\_\_\_  
Numero d'assicurato                      756. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_                      Data d. nasc. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Stato civile \_\_\_\_\_  
Supplemento di indirizzo \_\_\_\_\_  
Via/numero \_\_\_\_\_  
Casella postale \_\_\_\_\_  
NPA/Località \_\_\_\_\_

### 3. Coordinate bancarie/postali (per eventuali rimborsi)

Titolare del conto \_\_\_\_\_  
Codice IBAN bancario o postale      CH \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

### 4. Persona di contatto per domande

Signor    Signora  
Nome, cognome \_\_\_\_\_  
Numero di telefono / indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

### 5. Dati relativi al personale (dati dettagliati sul personale verranno richiesti a fine anno tramite il modulo per la dichiarazione dei salari)

Da quando impiega personale?  
Ammontare stimato della massa salariale annua                      CHF \_\_\_\_\_  
Tutte le/i dipendenti hanno un certificato AVS?                       sì                       no  
Se no: richiedere presso di noi i certificati mancanti grazie [all'apposito modulo](#).

## 6. Dati relativi previdenza professionale e assicurazione contro gli infortuni

### LPP (previdenza professionale)

Se vengono versati salari soggetti alla LPP, l'affiliazione a un istituto di previdenza LPP è obbligatorio. Cfr.

[opuscolo 6.06 Previdenza professionale PP](#)

Abbiamo affiliato le nostre/i nostri dipendenti a un istituto di previdenza registrato secondo la LPP.

Nome e sede dell'assicurazione (obbligo di allegare la polizza) \_\_\_\_\_

### LAINF (assicurazione contro gli infortuni)

I datori di lavoro sono obbligati per legge ad assicurare le/i dipendenti contro gli infortuni. Cfr. [opuscolo 6.05](#)

[Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni AINF](#)

Abbiamo stipulato per le nostre/i nostri dipendenti un'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF.

Nome e sede dell'assicurazione \_\_\_\_\_

### Confermo di avere compilato il questionario in modo completo e veritiero

(richieste incomplete possono comportare ritardi nell'elaborazione).

Località, data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sul nostro [sito web](#) trova importanti informazioni, opuscoli e moduli, nonché le basi giuridiche.