

Notifica di mutazione

Dati relativi al datore di lavoro / all'azienda

Nome
Numero di contratto

Dati della persona assicurata

Cognome Data di nascita
Nome N. ass. sociale

Modifica dello stato civile

Data della modifica dello stato civile
Nuovo stato civile Coniugato/a Unione domestica registrata
 Divorziato/a Unione domestica sciolta
 Vedovo/a
Nuovo nome completo

Modifica del salario / del grado di occupazione

Data di modifica
Salario mensile lordo (dipendente) CHF x 12 x 13
Grado di occupazione
Totalmente abile al lavoro Sì No

Interruzione del salario / dell'assicurazione (cfr. art. 15 regolamento di previdenza)

Congedo non pagato / Formazione dal al
Desidera la copertura del rischio durante il periodo d'interruzione? Sì No
Desidera la copertura del risparmio durante il periodo d'interruzione? Sì No
Salario mensile lordo alla ripresa dell'attività lavorativa CHF x 12 x 13
Totalmente abile al lavoro Sì No
Osservazioni

Firma del datore di lavoro

Luogo e data

Timbro e firma

Si prega di inviare al seguente indirizzo: Pro Medico Fondazione, Löwenstrasse 25, casella postale, 8021 Zurigo