



Datore di lavoro: _____ No dell'adesione: _____
Persona assicurata: _____ No assic.: _____

Notifica di mutazione per persona assicurata

(Si prega di compilare il presente modulo in maniera chiara, in stampatello o con macchina da scrivere e di firmarlo)

Informazioni sulla persona

No assic. soc.: _____ Lingua: D F I
Cognome: _____ Nome: _____
Sesso: M F Data di nascita: _____
Stato civile: nubile/celibe coniugato/a unione domestica registrata
 vedovo/a divorziato/a unione domestica sciolta
Data del matrimonio, della registrazione dell'unione domestica o del divorzio: _____
Via e numero: _____
NPA: _____ Luogo: _____

Modifica del salario

Salario annuale (in CHF): _____ Validità dal: _____
Salario annuale (in CHF): _____ Validità dal: _____
Salario annuale (in CHF): _____ Validità dal: _____

Se il dipendente è impiegato presso un datore di lavoro per meno di un anno, il salario annuo corrisponde al salario che avrebbe conseguito se avesse lavorato per un anno intero.

Modifica di altri dati previdenziali

modifica del grado AI _____ nuovo grado AI: _____ %
(si prega di allegare una copia della decisione AI più recente) Validità dal: _____

Luogo

Data

Timbro e firma del datore di lavoro

Luogo

Data

Firma della persona assicurata



Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Fondation institution supplétive LPP
Fondazione istituto collettore LPP

Confidenziale

Fondazione istituto collettore LPP
Previdenza LPP
Elias-Canetti-Strasse 2
Casella postale
8050 Zurigo

Confidenziale

Fondazione istituto collettore LPP
Previdenza LPP
Elias-Canetti-Strasse 2
Casella postale
8050 Zurigo

Vi preghiamo di allegare la presente copertina alla documentazione che ci rispedisce. Grazie!

Per la restituzione dei vostri documenti non utilizzate graffette, punti metallici o nastro adesivo.

