



# Notifica di modifica dei dati

Contratto n. /

**Datore di lavoro** Nome e sede

**Persona assicurata**

Cognome Nome

Numero d'assicurato

Data di nascita

Sesso

m  f

**Completa idoneità al lavoro**

La persona assicurata è completamente abile al lavoro?

Sì  No

**Cambiamento dello stato civile**

Nuovo stato civile

Valevole dal

Nuovo cognome

Numero d'assicurato

coniugato/a

divorziato/a

vedovo/a

in unione domestica registrata

in unione domestica sciolta giudizialmente

in unione domestica sciolta per decesso

**Cambiamento del salario**

Nuovo salario annuo CHF

Valevole dal

**Cambiamento del grado d'occupazione**

Nuovo grado di occupazione

Valevole dal

Nuovo salario annuo CHF

**Cambiamento di piano/categoria**

Nuovo piano/Nuova categoria

Valevole dal

Nuovo salario annuo CHF

**Obbligo di sostentamento**

Nuovo obbligo di sostentamento

Valevole dal

inizio obbligo di sostentamento

estinzione obbligo di sostentamento

**Diversi**

**Firma**

Data

Firma fondazione/datore di lavoro