

## 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