

Notifica di modifica dei dati

Contratto n. /

Persona assicurata

Cognome	Nome	
Numero AVS	Data di nascita	Sesso
		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f

Totale abilità al lavoro

Sì No

Modifica dello stato civile

Nuovo stato civile	Valevole dal	Nuovo cognome	Numero AVS
<input type="checkbox"/> coniugato/a			
<input type="checkbox"/> divorziato/a			
<input type="checkbox"/> vedovo/a			
<input type="checkbox"/> in unione domestica registrata			
<input type="checkbox"/> in unione domestica sciolta giudizialmente			
<input type="checkbox"/> in unione domestica sciolta per decesso			

Modifica del salario

Nuovo salario annuo CHF	Valevole dal	
-------------------------	--------------	--

Modifica del piano o della categoria

Nuovo piano/Nuova categoria	Valevole dal	Nuovo salario annuo CHF
-----------------------------	--------------	-------------------------

Obbligo di sostentamento

Nuovo obbligo di sostentamento	Valevole dal
<input type="checkbox"/> Con obbligo di sostentamento	
<input type="checkbox"/> Cessazione dell'obbligo di sostentamento	

Varie ed eventuali

Firma

Data	Firma della persona assicurata
------	--------------------------------

Inviare a

vorsorgestiftung film und audiovision
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur