

Avviso LPP di mutazione

Dati personali della persona assicurata

(da compilare dal datore di lavoro)

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

N° AVS _____

Datore di lavoro _____

N° di conteggio _____

Cambiamento d'indirizzo

Via, no _____ CAP, luogo _____

Dal _____

Cambiamento di stato civile

celibe/nubile sposato/a unione domestica registrata divorziato/a vedovo/a

Dal _____

Cambiamento di salario

Nuovo salario annuale CHF _____ Tasso di occupazione in % _____

Dal _____

Cambiamento di piano di previdenza

Nuovo piano di previdenza _____

Dal _____

Il datore di lavoro certifica che la persona assicurata è pienamente abile al lavoro.

Luogo / Data

Timbro e firma del datore di lavoro