Fondazione di previdenza LPP physioswiss

Segreteria: VCW Versicherungstreuhand SA, Brandschenkestrasse 30, 8001 Zurigo, tel. +41 41 785 04 50, e-mail: physiobvg@vcw.ch

Notifica di mutazione per la persona assicurata

Datore di lavoro	**Ditta**	_____
	Contratto	_____
	Gruppo di persone assicurate	_____ _____
Modifiche	**Valide da**	_____
Dati personali	**Cognome**	_____
	Nome	_____
	N. d'assicurato	756. _____
	Data di nascita	_____
	Lingua	☒ italiano ☐ francese ☐ tedesco ☐ inglese
	Sesso	☐ Uomo ☐ Donna
	Modifica dello stato civile	☐ Matrimonio ☐ Registrazione dell'unione domestica
Adeguamento salariale	**Valido da**	_____
	Salario annuo	_____ CHF
	Grado d'occupazione	____ %
	Pienamente abile al lavoro?	☐ sì ☐ no
Interruzione del salario	**Congedo non retribuito**	da _____ (Valido da (inizio interruzione)) a _____ (Valido fino a (fine interruzione))
	Salario annuo	_____ CHF alla ripresa dell'attività
	Pienamente abile al lavoro?	☐ sì ☐ no
	Auspicata copertura del rischio durante l'interruzione?	☐ sì ☐ no
Passaggio	**Valido da**	_____
	Gruppo di persone assicurate	_____ _____
	Piano d'assicurazione	_____ _____

Firma

Datore di lavoro

_____ Data _____ Luogo _____ Firma

Indirizzo d'invio Il presente formulario è da inviare alla:

Fondazione di previdenza LPP physioswiss
c/o VCW Versicherungstreuhand SA
Segreteria
Brandschenkestrasse 30
8001 Zurigo